

Mito & Realtà

Associazione per le Comunità
Terapeutiche e residenziali

EDIZIONE I

Indagine Nazionale sulle comunità terapeutiche per adolescenti tra i 12 e 21 anni

**Comunità terapeutiche
per adolescenti come
terre di mezzo**

**TRA RICONOSCIMENTO
E INDIVIDUAZIONE**

Gruppo di lavoro di "F&S" di Mito & Realtà
Coordinato da Luca Mingarelli



Comunità terapeutiche per adolescenti come terre di mezzo: tra riconoscimento e individuazione

Gruppo di lavoro di F&S "Mito&Realtà" Coordinato da Luca Mingarelli

ANNO 2019

INDICE

1- PREFAZIONE di <i>Marta Vigorelli</i>	4
2- INTRODUZIONE di <i>Luca Mingarelli</i>	5
3- INDAGINE SUGLI ACCREDITAMENTI DELLE COMUNITA' PER MINORI IN ALCUNE REGIONI ITALIANE a cura di <i>Marco Lunardon e Alessandro Uselli</i>	10
3.1- Cos'è l'accredimento istituzionale?	
3.2- Quali delibere regolano la materia degli accreditamenti regionali?	
3.3- Che cos'è emerso dalla ricerca? Aspetti generali	
3.4- Quanto costa la permanenza in comunità terapeutica?	
3.5- Obiettivi futuri	
4- MAPPATURA a cura di <i>Vittoria Quondamatteo, Alessandra Cipolloni, Luciano Grillo, Karolina Sarna, Simone Amendola, Micheli Lucia, Donatella Gualerni e Giorgia Ortolani</i>	20
4.1- La Ricerca-Azione	
4.2- Rilevazione del campione	
4.3- Metodo, partecipanti e strumenti	
4.4- Risultati	
4.5- Conclusione	
5- FOLLOW-UP a cura di <i>Giuseppe Pozzi</i>	38
5.1- Adolescenti e giovani adulti in Comunità. Percorsi e Reti Sociali. Dalle comunità terapeutiche per adolescenti alla comunità sociale: un investimento possibile e di civiltà	
5.2- 1963. L'intervista a Edoardo Balduzzi	

- 5.3- Qualche caso di dimissione riuscita
- 5.4- Il mito di Elpis e la metodologia adottata nella tesi di laurea
- 5.5- Le istituzioni e la ricerca catamnestica
 - 5.5.1- Cooperativa La Goccia
 - 5.5.2- Fondazione Rosa dei Venti
 - 5.5.3- Artelier
- 5.6- Perché è necessario investire nella speranza e come farlo?
- 5.7- Scheda catamnestica – metodologia

6- SINTESI 49

**7- LINEE DI INDIRIZZO ACCREDITAMENTO TRA PARI ASSOCIAZIONE
MITO & REALTA' (o fondamentali minimi essenziali) Comunità Terapeutiche e/
o ad impatto terapeutico per adolescenti 50**

8- BIBLIOGRAFIA 53

1 **PREFAZIONE** di *Marta Vigorelli*

Mito&Realtà avendo approfondito all'inizio della sua storia le caratteristiche di cura delle comunità per adulti è approdata in questi anni a un lavoro ineludibile che riguarda le comunità per minori e adolescenti, nella consapevolezza che occuparsi di questa fascia d'età e di problematiche sempre più in crescita, sia la condizione per prevenire la cronicizzazione e il meccanico trasferimento di giovani caratterizzati da grave sofferenza mentale in strutture o reparti per adulti, senza considerare la specificità dei loro bisogni.

L'aggregazione di numerose comunità che si sono sistematicamente ritrovate per approfondire questi temi ha dato come frutto fecondo una relazione a un convegno, da cui sono state estratte queste essenziali linee di indirizzo che rivolgiamo a operatori, amministratori, utenti, famiglie e politici per cominciare a dare risposte efficaci e a formulare progetti condivisi

2 INTRODUZIONE di Luca Mingarelli

È da oltre 21 anni che i servizi pubblici ci domandano in quale comunità si possano fare gli invii, se ci sono, dove sono, come lavorano, quanto costano.... Ed è da molti anni che i familiari di minori e adolescenti problematici e sofferenti ci richiedono con insistenza la possibilità di accoglierli in contesti di cura competenti e adatti a loro; inoltre – come ben sappiamo e come è stato detto nell'introduzione di questo convegno – le attuali ricerche in ambito psichiatrico e psicoterapeutico, ritengono centrale la questione dell'intervento tempestivo e clinicamente efficace, al primo comparire di forme di disagio psichico in minori e adolescenti.

Per rispondere a queste importanti sollecitazioni, e grazie all'impulso di Marta Vigorelli, un anno fa è nato il gruppo di lavoro che ha preparato questo intervento. Esso è composto da operatori di alcune strutture per adolescenti e minori di età provenienti da differenti regioni, quali Lazio, Marche, Veneto e Lombardia, che si riconoscono e son socie dell'associazione Mito&Realtà. La nostra Associazione, pur avendo dedicato fin dalle sue origini uno spazio significativo a questo tipo di area, ha deciso per la prima volta di dedicare esplicitamente un convegno a questo tema e a questa fascia di età.

Per questo siamo molto grati e contenti di poter portare questa mattina un primo contributo. Insieme ci siamo anche coordinati per realizzare percorsi evolutivi per i minori più gravi, che hanno bisogno di più esperienze comunitarie nel tempo, in modo che possano transitare nella nostra "rete" consentendo una continuità terapeutica e una maggior forza nel dialogo con i servizi e le famiglie. Un'espressione di questa forte integrazione tra noi, sarà presentata attraverso una storia clinica nell'intervento finale della mattinata.

In parallelo Mito&Realtà sta svolgendo anche una importante ricerca biennale in collaborazione con il Policlinico, di cui sono co-responsabili Antonella Costantino e Marta Vigorelli. I risultati vi saranno certamente presentati in futuro.

In questa premessa partirei innanzitutto da un dato storico: le Comunità terapeutiche per minori esistono in Italia dal 1986, 32 anni fa, ed erano inizialmente gestite dalla psichiatria. La NPIA non esisteva come servizio autonomo: la prima è sorta a Desio (Mi), con la Direzione della dott.ssa Armida Lazzeri.

Qualche anno dopo nasce la ex CT Delfini a Niguarda, diretta dalla Dottoressa Carla Marzani. Entrambe queste due prime strutture sono dell'azienda pubblica in regione Lombardia. Poi, nel 1998, nasce la prima comunità terapeutica del

privato sociale in Lombardia, aperta da Rosa dei venti in provincia di Como; in seguito sorgono molte altre strutture di cui, come vi mostreremo, abbiamo cercato di fare un'iniziale mappatura.

Come ben sappiamo, le CT per adolescenti, pur avendo fattori comuni, possiedono caratteristiche specifiche, che differiscono da quelle delle CT per adulti per vari motivi. Tra i tanti, ne cito solo due essenziali:

- I minori di età *non scelgono* di entrare in CT, la loro motivazione ed interesse sono perlopiù assenti o minimi, e non scelgono neppure il quando uscire, eccetto al compimento dei famosi 18 anni. Questo dato comporta che gran parte del nostro lavoro è orientato ad aiutarli a comprendere il senso del passaggio in CT e a lavorare per creare le condizioni facilitanti una graduale e sostenibile alleanza terapeutica.
- In secondo luogo, trattandosi di minori, le questioni della *responsabilità clinica e legale* sono molto complesse e delicate, e comportano necessariamente una connessione e un dialogo, oltre che con la rete familiare e dei servizi invianti, anche con una rete di avvocati esperti, con la camera minorile (partner di questo evento), oltre che con CGM, USSM, forze dell'ordine ecc.

Ci siamo chiesti: che cosa intendiamo per Comunità terapeutica, specifica per minori e adolescenti?

Il nostro titolo lo dice in sintesi: la CT è una terra di mezzo, **uno spazio/tempo relazionale ed esperienziale** per un transito tra il riconoscimento dei bisogni, del disagio più o meno grave dell'adolescente e l'individuazione di risorse e potenzialità evolutive.

La Comunità Terapeutica per adolescenti è un luogo dove la difficile sfida sociale del *convivere* è notevolmente amplificata dalla naturale complessità dell'età e delle problematiche personali degli adolescenti residenti. La pensiamo ed esploriamo come un luogo di ricerca-azione, in cui ci si sforza di integrare l'educazione e la terapia.

Consideriamo la Comunità Terapeutica come un essere vivente, un **nuovo modo di vivere le relazioni**, un sistema aperto delimitato da un confine che lo separa e lo mette in contatto con il mondo sociale, la famiglia e i parenti degli adolescenti, i Servizi pubblici, la cittadinanza. Il governo e manutenzione del confine è un punto critico e fondamentale che ha un impatto non solo sul successo del trattamento di Comunità Terapeutica e sul contenimento degli impulsi dei giovani ospiti, ma anche sui processi di contaminazione della cura, dovuti alle modalità osmotiche in azione nelle famiglie patologiche, e sui frequenti blocchi burocratici del sistema curante.

Le componenti della rete interne ed esterne sono coinvolte “ognuna a suo modo”, dall’adolescente ai genitori, dai Servizi inviati agli operatori, e diventano con diverse modulazioni soggettive protagonisti attori del progetto. La *rete curante* (clinica sociale) comprende sia i responsabili clinici della Comunità Terapeutica che i Servizi territoriali inviati: il fatto di invitare i Servizi Pubblici ad incontri periodici presso la Comunità Terapeutica costituisce parte integrante della modalità di intervento delle comunità accreditate con M&R ed è ritenuto una condizione indispensabile alla cura (per motivi che andrebbero approfonditi in sede idonea).

La Comunità Terapeutica è dunque un micro-sistema complesso e in continuo movimento, come l’adolescenza, ed è costituito da sotto-sistemi che si rapportano fra loro, inseriti nel macro-sistema sociale: l’intervento in CT comprende dunque sia la *dimensione del rapporto fra io e gruppo*, sia quella del *rapporto fra comunità e società*.

In questo “ambiente relazionale” cerchiamo anzitutto di creare le condizioni per permettere ad ogni adolescente di esprimersi e di fare esperienze di vita “sufficientemente sane”, ma anche di accoglierne i bisogni fondamentali e le sofferenze traumatiche: questo significa essere presenti alle crisi, agli episodi di violenza, noia e trasgressione, e sforzarsi di intraprendere insieme quel difficile cammino che può accompagnare l’ospite verso un più profondo senso di Sé e verso un livello di autonomia sostenibile e soddisfacente.

La *durata della permanenza* è un concetto chiave; gli ospiti adolescenti arrivano, si incontrano per caso, per poi separarsi. Ci sembra importante esplicitare fin dall’ingresso ai residenti, alle famiglie e agli inviati la *temporaneità* di questa esperienza: questo a volte può facilitare ad un adolescente la difficile impresa di riuscire a vivere in comunità.

Infatti l’allontanamento dal sistema familiare di un adolescente è causa di intense emozioni di sofferenza e di forte angoscia di separazione. A questo proposito una volta il prof. Charmet, in uno scambio di battute, mi ha detto: “L’atto di inserimento in comunità terapeutica è per un minore come una “deportazione”. Questo ci fa rendere conto della delicatezza del momento di entrata in CT, che chiede una particolare attenzione.

La Comunità Terapeutica viene spesso immaginata nelle fantasie degli adolescenti, dei loro genitori e della società come un luogo per i “matti” o per “criminali”, e dunque come una realtà non idonea per nessuno di loro. I commenti dei ragazzi, soprattutto nel primo periodo di inserimento in Comunità Terapeutica, sono: “Qui ci sono regole da carcere: che schifo, non puoi fare nulla”. Oppure, all’opposto, i residenti nutrono l’aspettativa che la comunità sia “un

hotel a cinque stelle”, in cui tutto è dovuto e si può essere “serviti e riveriti”. Gli operatori sono di volta in volta investiti proiettivamente della funzione di “secondini” o di “camerieri”, con una *pressione continua* che rende molto difficile il mantenere il proprio ruolo professionale. Da questo punto di vista la comunità ha la funzione fondamentale di essere un contenitore, un luogo dove gli agiti disturbati e turbolenti degli ospiti si scontrano e si incontrano con le azioni educative e terapeutiche.

Lo *scambio tra il dentro e il fuori* della Comunità Terapeutica è un tema ampiamente discusso nelle riunioni in CT, e tutti gli operatori sono coinvolti nel facilitare un processo di interazione fra queste due dimensioni. È pensiero comune ormai che l’apporto della società sia molto utile alla Comunità Terapeutica e ai suoi ospiti, che beneficiano notevolmente degli scambi con il territorio. Crediamo inoltre che, in prospettiva, vi possa essere un’influenza dei valori della Comunità Terapeutica anche verso la società esterna, poiché la comunità è un luogo dove si continua a svolgere un “allenamento” rispetto alle regole di convivenza e alla democrazia dei ruoli, degli affetti e dei legami.

Come vivere la *casa* che ospita la comunità è un altro tema di costante riflessione, su cui ci ha molto insegnato Carlo Viganò ex Direttore Clinico della CT Rosa dei venti: nelle modalità di rapporto con la casa cerchiamo di integrare gli aspetti artistici, poetici ed estetici con la visione terapeutica e l’azione educativa. Infatti la casa, intesa come corpo collettivo di cui avere cura, è il grande laboratorio e contenitore della comunità. Di solito gli ospiti adolescenti portano in comunità il proprio caos interno e la propria storia travagliata, e di conseguenza non hanno interesse né familiarità con la cura della casa. Il team curante cerca allora di incoraggiare la loro capacità di relazione con la casa: tenere in ordine gli spazi domestici, personali e collettivi. Naturalmente si tratta del tipo di ordine che risulta sostenibile per un adolescente, che potremmo definire come un ordine abbastanza disordinato o ordine adolescenziale.

Anche come gli adulti operatori abitano la casa è un aspetto fondamentale, che può innescare un processo di imitazione, a partire dal quale si può gradualmente sviluppare un senso di appartenenza e di rispetto per la casa-comunità. Solo dopo una fase iniziale di sviluppo dell’attaccamento e della fiducia è possibile avviare un *processo di responsabilizzazione*.

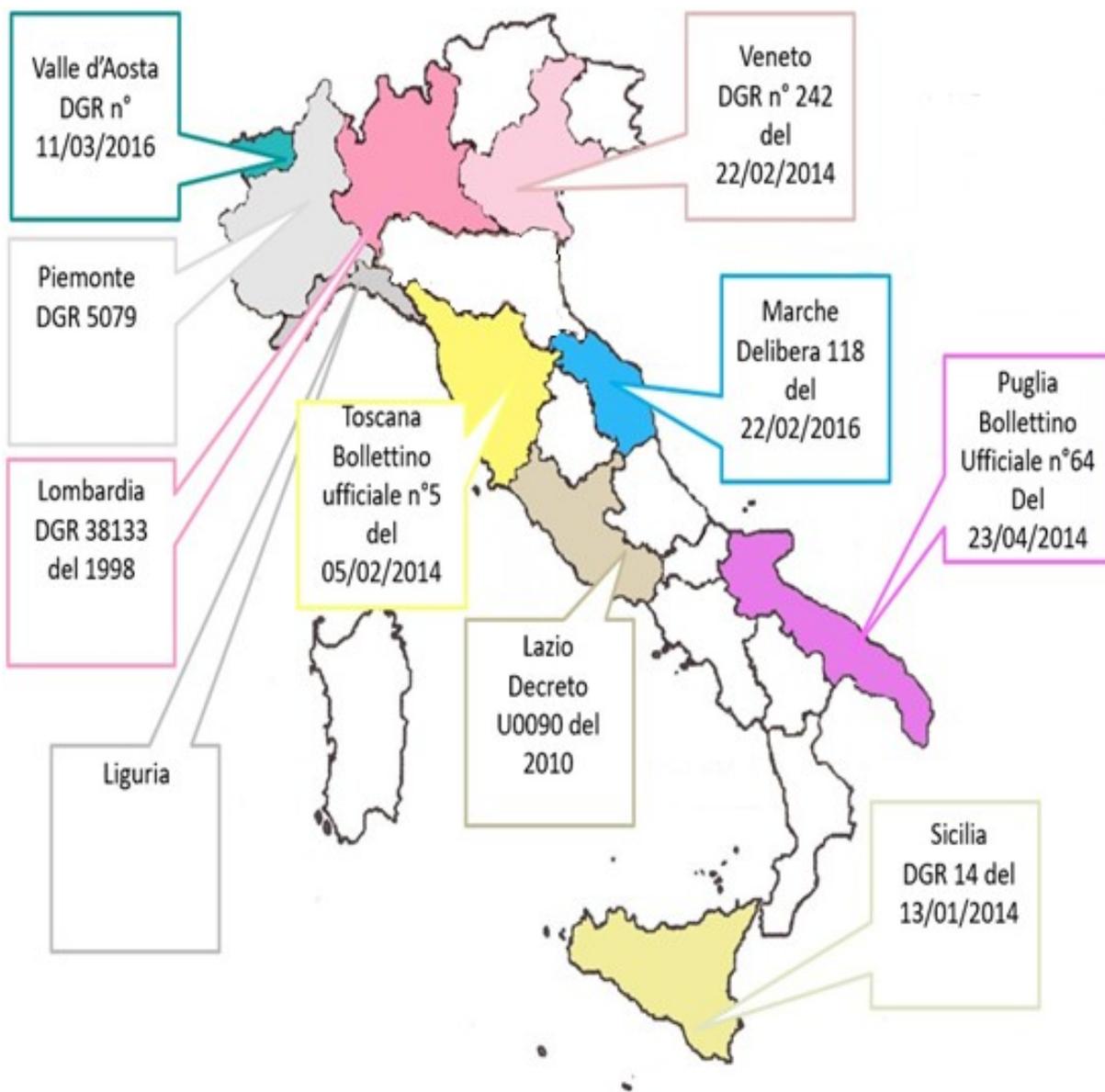
Pagliarani a questo proposito scriveva che: “Il grado di responsabilità da affidare ai pazienti deve essere compatibile con le loro capacità” (Pagliarani, 2014). In generale, questo avviene nell’ultimo periodo di permanenza in struttura, in cui viene lasciato spazio alla più ampia autogestione possibile, per far sperimentare e verificare il livello di autonomia raggiunto.

In comunità gli operatori hanno il compito di accogliere e contenere gli adolescenti presenti, con le loro crisi e i loro bisogni, spesso non ascoltati per lungo tempo; in relazione a ciò la domanda fondamentale da farsi e da fare è: “Cosa vuole esprimere, cosa mi sta domandando nel fare così o nel dirmi questo?”; fondamentale dunque è dare significato ai loro agiti e alle loro domande.

Il *dosaggio della frustrazione e della gratificazione* è all'ordine del giorno in Comunità Terapeutica per adolescenti: educare a tollerare che non si può avere tutto quello che si vuole, né si può averlo subito, ma che allo stesso tempo si può avere qualcosa, sotto certe condizioni e negoziazioni, può essere considerato uno degli obiettivi di fondo della cura.

Sul tema cruciale del *regolamento, delle regole di convivenza e del rapporto con l'autorità*, per gli operatori di Comunità Terapeutica è utile ritornare in contatto con le proprie memorie personali, per poter meglio comprendere, cambiando punto di vista, gli atteggiamenti e i modi di essere degli ospiti presenti, cogliendo similitudini e differenze rispetto al proprio passato. Su questo potremo aprire un utile dibattito. Tanti sarebbero gli esempi e gli sviluppi di questi temi, per mancanza di tempo quindi rimando ai libri che abbiamo pubblicato in questi ultimi anni (Mingarelli, 2009; Bencivenga & Uselli, 2016; Mingarelli & Tonazzo, 2018).

3. INDAGINE SUGLI ACCREDITAMENTI DELLE COMUNITA' PER MINORI IN ALCUNE REGIONI ITALIANE



MAPPA ACCREDITAMENTI IN ITALIA:

ad oggi 10 REGIONI SU 20 HANNO ATTIVI GLI ACCREDITAMENTI

L'eterogeneità dei modelli comunitari non è data soltanto dalla teoria e il metodo sui quali fondano il loro agire terapeutico e riabilitativo, ma anche dal modo in cui ogni Regione definisce, in senso politico e amministrativo, i requisiti e i criteri che regolano le strutture terapeutiche residenziali. Il gruppo «mappatura

accreditamenti» è nato dall'esigenza di fare una ricognizione e capire se esisteva un'omogeneità nei criteri e requisiti che definiscono le CTRP tra le Regioni Italiane. Tale mappatura è avvenuta attraverso i contatti con altre CTRP di varie Regioni ed una ricerca in internet.

3.1 Cos'è l'accreditamento istituzionale?

L'accreditamento istituzionale è il riconoscimento, da parte della Regione, della possibilità che un soggetto, già autorizzato al funzionamento e all'erogazione di prestazioni sanitarie, possa svolgere la propria attività per conto del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

L'accreditamento istituzionale è dunque una condizione necessaria per tutti coloro che, siano soggetti pubblici o privati, intendono erogare le prestazioni del Servizio Sanitario Pubblico.

L'accreditamento, che è un percorso obbligatorio per le strutture pubbliche (ASL, Aziende Ospedaliere), è invece facoltativo e volontario per i soggetti privati.

Ottenere l'accreditamento non consente automaticamente di ottenere il diritto, per il soggetto privato accreditato, di svolgere prestazioni per conto del SSN; perché ciò avvenga è infatti necessario che si stipuli, fra Soggetto accreditato e Azienda Sanitaria/Ospedaliera un accordo/contratto che specifichi utenza, finalità, rapporto operatori/utenti, tempi, costi, modalità e quantitativi di prestazioni erogabili in convenzione con il SSN.

Senza questo passaggio contrattuale, l'essere accreditati garantisce al soggetto privato solo una potenzialità e non un diritto al convenzionamento. Questa ulteriore declinazione Regionale è fondamentale perché definisce localmente, non solo gli aspetti quantitativi, ma anche quelli qualitativi (le modalità di erogazione dei servizi ed i processi di erogazione).

3.2 Quali delibere regolano la materia degli accreditamenti regionali?

Sono due le Delibere che regolano la materia degli accreditamenti regionali:

1. La Delibera della Presidenza del Consiglio dei Ministri, nell'ambito della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni e le Province Autonome che insieme all' Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, indica l'accreditamento come lo strumento di garanzia e qualità che mira a promuovere un processo di miglioramento continuo della

qualità delle prestazioni dell'efficienza e dell'organizzazione delle strutture accreditate. Inoltre si fa riferimento all'Allegato A "disciplinare per la revisione della normativa dell'accreditamento".

2. Successivamente il Consiglio dei Ministri, nella Conferenza Unificata del 13 novembre 2014 ha sancito, attraverso l'Accordo stato regioni dal titolo "Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza" (Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome 14/130/CR08a/C8"), i requisiti/criteri specifici per le strutture residenziali per i minori (CTRP, ma anche CER, CED)

Questo passaggio risulta fondamentale perché questo è il testo che deve essere declinato poi nell'accordo/contratto a livello locale - ASL - con il privato-accreditato.

3.3 Che cos'è emerso dalla ricerca? Aspetti generali.

- La ricerca va intesa come un work in progress, attualmente considera 11 Regioni su 20 ed il reperimento degli accreditamenti e degli accordi locali non è stato agevole. Uno degli obiettivi è quello di creare un database.
- La ricerca ha fatto emergere che vi sono Regioni che non hanno declinato i requisiti dell'accreditamento generale in accordi locali con le strutture private secondo l'accordo Stato Regioni di cui sopra, come risulterebbe in Regioni quali la Campania e la Calabria.
- Inoltre vi sono Regioni che non prevedono le CTRP per minori come il Friuli Venezia Giulia.
- Inoltre abbiamo potuto incominciare ad evidenziare la non omogeneità dei requisiti specifici tra Regioni ed una diversità di rette giornaliere a seconda delle diverse dotazioni di personale, e diversi rapporti operatori/utenti

• EMERGE UN QUADRO DI FORTE DISOMOGENEITA'

	Veneto	Piemonte	Lombardia			Marche			Valle D'aosta	Sicilia	Liguria	Lazio	Puglia	Toscana		Emilia-Romagna			
			Percorso A		Percorso B max 1 anno	Percorso C 6 mesi	SRT IA 1	SRT IA2	SRT IA 3			intensiva	estensiva	intensità assistenziale media	comples sità organizz ativa media	intensità assistenziale media	comples sità organizz ativa alta	Res. Terap. intensive per minori (RTI-M)	Res. Terap. Post Acuzie per minori (RTP-M)
Utenza in anni	11-18	14-17	>10aa) - 14-18			15>21			14-21		14-18	12-17	11-18	<18	<18			10-17 anni 6 (eccezionalmente fino a 10) + 2 posti PA	
post	10+2	10	10	11	11				10+2	13	15	10	10	10+2	10+2				
Rapporto	1,3/1	1,26/1	1,3/1	1,45/1	1,74/1					0,96/1	1,19/1	2,01/1	2,09/1	1,29/1	0,68/1	0,93/1			
Retta € pro capite/pro die																			
Figure in ore settimanali	198	220/167	174	220	280	250	220	178			179								185 min / 395 max (media 290)
Direttore Sanitario	10*											36	36	20	0	0			intensiva presenza 7 su 7, prevista reperibilità notturna.
Neuropsichiatra/Psichiatra		22		22	33	11,5	11,5	7	12	36	1,1			20	0	0			Post-a 5 su 7
Direttore Clinico	18*	0							12 Coord	0	0	0	0	0	0	0			
Psicologo/Psicoterapeuta	42*	38		18,33	18,33	76	53	39	18	36	17,7	72	72	20	0	0			sulla base dell'attività
Educatore/TeRP.	48*	169		269,51	323	111	116	93	72	144		108	180	150	216*	252*			h 24
OSS	314*	120		179,60	215,60	84	84	84	144	72	3,5	180	216	150	36	90			sulla base del piano terapeutico
I.P.	12*	38		P	P	74	58	46	36	72	4,4	180	72	150	0	0			intensiva h 24 2 acc. X 6h die
ASSISTENTE SOCIALE	12*	0		P	P					12		18	24	36	0	0			per attività diurne progr.
OPERATORE																			
AMMINISTR. e altro pers.	5*	0		P	P	p	p	P		12	0	24	24	36	0	0			per attività diurne progr.
Totale ore settimanali	461	387		489,44	590	357	322	269	188	384	26,7	618	624	582	252	342			
Totale ore anno	23.972	20.124		25.451	30.697					19.968	1.388	32.136	32.448	30.264	13.104	17.784			

In questa tabella possiamo confrontare, per le Regioni esaminate, alcuni criteri come: la fascia d'età degli utenti, il numero di posti, il rapporto operatori/utenti, la retta giornaliera pro-capite, le figure professionali previste, il totale delle ore erogate settimanali e annuali per rapporto operatori/utenti o sulla base delle ore/minuti previsti da alcuni accreditamenti regionali per le varie figure professionali. E' importante qui evidenziare la diversità delle rette in base ai diversi livelli di intensità terapeutica/assistenziale.

Nelle tabelle che seguono riassumiamo i requisiti presenti e quelle mancanti per le singole Regioni prese in esame e le rispettive Leggi Regionali.

	Veneto DGR 242 22/02/14	Piemonte DGR 5079	Marche Delibera 118, 22/02/16	Lombardia DGR 1998 38133	Sicilia DGR 14, 13/01/14	Liguria	Lazio Decreto U0090 2010	Puglia Bollettino Ufficiale N.54, 23/04/14	Toscana Bollettino Ufficiale N.5, 05/02/14	Valle d'Aosta DGR 11/03/16 N.328	Emilia Romagna DGR 911/07
Definizione Tipologia interventi e assistenza a chi si rivolge	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Finalità tipologia di disturbi Tipo prestazione e finalizzazione (dal reparto verso la famiglia)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✓
Utenza Range d'età (provenienza, servizi, AA. GG,...)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Capacità ricettiva	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Accesso Titolarità del caso (chi invia, da quale struttura provengono)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Requisiti minimi organizzativi Tipologia personale, valutazione in entrata	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✗	✓
Tipologia personale Definizione monte ore per figura prof.le	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Requisiti minimi strutturali Tipo struttura, numero stanze e loro tipologia	✓	✓	✗	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓
Requisiti minimi procedurali	✓	✗	✓	✗	✗	✗	✓	✗	✗	✓	✓

In questi requisiti comuni ad ogni accreditamento, abbiamo notato che non vengono indicati gli stessi criteri. Visti nel dettaglio abbiamo cercato di evidenziare i requisiti con i criteri meglio soddisfatti e quelli meno cercando di suggerire cosa questi requisiti potrebbero contenere, a nostro avviso, per poter essere migliorati.

1. FINALITÀ E TIPOLOGIA DI DISTURBI.

Ci si riferisce alla diagnosi, tipologia di prestazioni e loro finalizzazione (dal reparto...verso la famiglia.

- Non sempre viene indicato il modello teorico. Sarebbe utile che per tutte le realtà venisse richiesto, non solo le linee di indirizzo, ma anche il modello teorico di riferimento;
- Sarebbe utile specificare quali diagnosi beneficiano maggiormente del trattamento comunitario;
- I disturbi antisociali sono o non sono trattabili in CT??
- Lo stesso dicasi per i ritardi mentali in presenza di psicopatologia, non tutti beneficiano dei trattamenti comunitari generalmente intesi. (Vedi Emilia Romagna)
- Non tutte le regioni indicano se accogliere soggetti con patologie stabilizzate o anche in fase sub acuta o criteri relativi al livello del discontrollo degli impulsi/oppositività/regolazione emotiva. Questi criteri si devono desumere dal livello di intensità assistenziale come descritto negli accreditamenti di certe regioni?

2. UTENZA, RANGE D'ETA' - SESSO

- Continuità assistenziale: chi recepisce l'accordo stato-regioni deve prevedere la presa in carico del maggiorenne dal 17° anno d'età comunque non oltre i 6 mesi antecedenti il compimento della maggiore età. Questo è un criterio troppo spesso disatteso
- Proseguimento del maggiorenne fino ai 21aa prevedendo locali differenziati. In alcuni casi si fa esplicito riferimento a non mettere insieme <10 con >14

3. ACCESSO, TITOLARITA' DEL CASO, CHI INVIA, DA QUALE STRUTTURA PROVENGONO

- La complessità dei casi e la specificità della gestione della persona minorenni comporta interventi di rete con più servizi coinvolti e diverse

professionalità che devono poi connettersi con la CT. Per questo sarebbe utile specificare le buone prassi per procedure di comunicazioni tra servizi

4. REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI: TIPOLOGIA DEL PERSONALE, REPERIBILITA', DEFINIZIONE MONTE ORE PER FIGURA PROFESSIONALE

- La cosa fondamentale è non solo il rapporto operatori/utenti a tempo pieno equivalente, ma anche la loro distribuzione nell'arco della giornata o della settimana, come la prevalenza di ed. prof/terp vs oss.
- Sarebbe utile che tutti gli accreditamenti prevedessero un progetto formativo annuale per tutti gli operatori;
- Sarebbe utile che fosse richiesta e garantita la supervisione a tutto il personale della comunità. (Vedi Emilia Romagna)
- Opportuni ci sembrano tutti quei criteri che specificano le caratteristiche strutturali di sicurezza specifiche per limitare il più possibile i danni derivanti da possibili condotte pericolose messe in atto dagli ospiti.

6. REQUISITI MINIMI PROCEDURALI, PROCEDURA DI AMMISSIONE, STESURA PTI E PTRP, PROCEDURE DI CONTROLLO E VERIFICA.

Con questo requisito in genere ci si riferisce alle procedure di stesura del PTI (PQ in veneto) e del PTRP e alle modalità di invio. Rimane un requisito in generale poco definito tuttavia è quello maggiormente implicato nel rapporto qualitativo-quantitativo. Eppure gli **aspetti generali procedurali** sono contenuti nell'Accordo Stato Regioni. Ma tali aspetti non sono sempre declinati negli accreditamenti specifici regionali.

Le procedure riguardano:

- le modalità di accesso
- la fase di osservazione e di assessment psicodiagnostico e riabilitativo
- le procedure di comunicazione interne
 - a. tra operatori (riunioni d'equipe)

- b. tra operatori e utenti
- c. tra struttura e servizi invianti
- d. tra struttura e familiari/legali rappresentanti
- e. tra struttura e territorio
- f. Tra struttura e AA.GG., USSM
- valutazione e monitoraggio degli esiti
- processi di revisione e adeguatezza delle attività proposte
- gestione delle crisi / ricoveri
- risk management
- rendicontazione attività
- attività formative
- supervisioni / attività di ricerca e scientifiche
- Importanza di indicazioni sugli studi follow up

Come si vede dal confronto con la tabella, i requisiti minimi procedurali non sempre sono attesi, sebbene le procedure abbiano un forte impatto sugli aspetti qualitativi e quantitativi delle comunità.

Quanto costa la permanenza in comunità terapeutica?

Nella nostra ricerca abbiamo osservato che le rette giornaliere pro-capite variano da 167 a 395 euro.

In alcune regioni la tariffa è fissa in altre regioni varia a seconda dei livelli di intensità assistenziali.

Potrebbe essere utile ipotizzare e privilegiare i sistemi tariffari che variano al variare dei livelli assistenziali attraverso dei range tariffari min>max per singolo percorso, anche vincolandoli ad una precisa temporalità di inserimento.

Obiettivi futuri

Intendiamo proseguire la ricerca completando la raccolta dei dati sui requisiti di accreditamento:

1. I requisiti minimi organizzativi, la tipologia del personale e i requisiti procedurali sarebbe importante che indicassero criteri minimi comuni tra

le varie regioni e in particolare i requisiti procedurali potrebbero arricchirsi di contenuti specifici teorici, metodologici e terapeutico riabilitativi (modelli teorici, linee di indirizzo, best practices, ebm)

2. Necessità di integrare i requisiti con test e scale di valutazione uguali e studi di follow up – Visiting per tutti
3. Necessità di definire quale formazione minima, per esempio prevedere supervisioni cliniche e organizzative
4. Necessità di definire le procedure per la gestione delle urgenze, ricoveri (dove?), risk management

I punti sopra elencati sono necessari per poter comparare le ricerche sull'efficacia dei trattamenti residenziali e tutti gli studi costi-benefici

Le visite dei valutatori/ispettori per la verifica dell'accREDITAMENTO prevedono il controllo delle evidenze dei requisiti generali e specifici (strutturali, organizzativi e procedurali) e delle attività che si svolgono all'interno di una comunità. Dare evidenza comporta l'impiego di una mole notevole di tempo per dare conto di tutte le attività e procedure ma questo non è sempre garanzia della qualità delle attività svolte e della loro adeguatezza rispetto ai casi trattati ne' delle procedure (per esempio non viene verificato se si applica la giusta terapia in relazione alla diagnosi).

Le valutazioni sono fondamentali, richiedono tempo, spesso confliggono con i tempi della pratica clinica e questo è un annoso problema nel campo della salute mentale. Ci chiediamo, al fine di ottimizzare i tempi e le risorse, quale equilibrio trovare tra gli obblighi dell'accREDITAMENTO e i tempi per la terapia e la riabilitazione degli utenti.

In altre parole non si può passare più tempo a dare evidenza che non fare terapia con i pazienti.

Un ultimo punto riguarda la durata dell'accREDITAMENTO: nella regione Lombardia, per esempio, l'accREDITAMENTO è "per sempre" mentre nella Regione Veneto c'è una verifica ogni 3 anni (e ogni 5 anni viene verificata l'autorizzazione all'esercizio).

Sarebbe auspicabile trovare un livello di equilibrio anche in questo senso.



Scorci delle nostre comunità

4- MAPPATURA

4.1- La Ricerca-Azione

Del confronto fra le comunità terapeutiche per minori di età, favorito dall'adesione delle stesse all'associazione "Mito e Realtà", è parso immediatamente evidente il comune sentire e il desiderio di andare oltre le

singole esperienze laddove l'azione terapeutico-educativa non trova piena compiutezza all'interno delle mura delle singole comunità.

Abbiamo colto l'opportunità di svolgere questa indagine con molto entusiasmo, avendo avuto la sensazione che ci fosse in questa ricerca la chiave per cercare di rispondere alle molte difficili domande: “Quale sarà il futuro dei/delle bambini/e e dei/delle ragazzi/e con i quali abbiamo condiviso il difficile percorso terapeutico?”, “Si può ipotizzare che ci siano realtà che hanno il nostro stesso obiettivo e con le quali possiamo aprire un dialogo di confronto o condividere dei progetti?”. In risposta a questo desiderio il nostro gruppo ha provato ad iniziare una prima mappatura delle comunità terapeutiche per minori di età che ci ha dato l'opportunità di provare a sondare il territorio nazionale e di contattare una rete di strutture che potessero intrecciare relazioni di supporto e collaborazione in un contesto che, ancora ad oggi, ci sembra caratterizzato da un gran desiderio di confronto con realtà che rimangono ancora troppo isolate e vivono in una sorta di autoreferenzialità. Lo stimolo che ci ha permesso di iniziare a fare una mappatura è stato, quindi, il desiderio di attivare un processo d'incontro e di scambio tra comunità terapeutiche.

L'esigenza della ricerca nasce dalla necessità di aprire una riflessione sull'opportunità di condividere e divulgare pratiche, modelli d'intervento, somiglianze e di rilevare discrepanze nelle comunità terapeutiche per minori che abbiamo contattato.

In quarant'anni, dalla legge Basaglia, abbiamo assistito a un, se pur lento, processo di cambiamento sociale e culturale nell'ambito del disagio psichico. Quando intorno ad un'esigenza sociale nascono idee di cambiamento, queste producono realizzazioni concrete che generano a loro volta idee e altro cambiamento. La società e il mondo scientifico si sono impegnati ad affrontare prevalentemente il disagio degli adulti realizzando mutamenti nell'approccio terapeutico e riabilitativo; il mondo del disagio adolescenziale e infantile è stato preso in considerazione in tempi molto più recenti per cui ci troviamo ancora in un terreno non ancora del tutto esplorato, pieno di contraddizioni, ma affascinante: non ci nascondiamo le difficoltà che presentano l'esplorazione di tale mondo. Questo lavoro vuole essere un inizio per creare un terreno di nuove prospettive e di opportunità nell'affrontare il delicato tema del disagio psichico infantile e adolescenziale.

4.2 RILEVAZIONE DEL CAMPIONE

Un primo elenco di comunità per minori è stato stilato da una prima indagine via internet e dall'adesione all'associazione mito e realtà.

La maggioranza dei dati di seguito riportati sono stati principalmente acquisiti da siti nazionali, regionali, provinciali, comunali, siti del Ministero della salute, siti per bandi di accreditamento. Ogni regione stabilisce, mediante codici di identificazione, la natura dell'intervento di ogni categoria di struttura. Dunque, ci si è imbattuti nella difficoltà di reperire, regione per regione, una legenda che potesse associare ad ogni codice la speculare tipologia di struttura. Dunque, è andata delineandosi una preliminare lista, suddivisa per regioni, delle strutture ipoteticamente aderenti ai criteri richiesti. Considerando la grande varietà di strutture etichettate amministrativamente mediante sigle e diciture differenti, da regione a regione, è apparso necessario procedere tramite una ricognizione diretta dei criteri di inclusione, che rendono tali strutture ad impatto terapeutico. Da qui si procede dunque con la strutturazione dell'indagine in due fasi, necessarie per una definizione e scrematura delle strutture, e alla stesura del questionario, in modo da poter rispondere alla necessità di indagare criteri specifici e trasversali che questo gruppo di ricerca reputa indispensabili affinché una comunità possa definirsi ad impatto terapeutico, al di là delle differenti e varie etichette amministrative.

4.3 METODO, PARTECIPANTI E STRUMENTI

Questa ricerca-azione è stata strutturata in una fase preliminare di reclutamento delle comunità sul territorio nazionale e in due fasi successive, in cui le strutture sono state direttamente contattate.

Nella fase preliminare l'obiettivo è stato quello di individuare le comunità presenti sul territorio nazionale che si occupano di salute mentale in età evolutiva, utilizzando il motore di ricerca per Internet *Google Search*. Al fine

di ricercare tutte le strutture per minori ad impatto terapeutico, in associazione al nome della regione oggetto di indagine, sono stati inseriti i seguenti termini (e loro prodotti): “comunità” o “strutture”, “residenziali”, “minori” o “adolescenti”. Quando disponibili, sono stati consultati “Albo/Registro dei Servizi/Strutture Accreditate per Minori”. Inoltre, altri dati sono stati acquisiti da siti nazionali, regionali, provinciali, comunali, siti del Ministero della salute, siti per bandi di accreditamento. Questo primo elenco di strutture è stato individuato tra Maggio e Settembre 2017. La ricerca iniziale ha prodotto 110 risultati.

Nella prima fase di “Contatto e Reclutamento delle Comunità Terapeutiche” (Fase 1), per effettuare una definizione del campione, è stata strutturato un breve questionario composto da tre domande (Tabella 1).

Tabella 1. Questionario/intervista somministrata nella Fase 1.

	<i>Critério di inclusione soddisfatto se ...</i>
1. Che fascia d'età ospitate?	Ospiti adolescenti
2. Avete uno psichiatra o neuropsichiatra infantile in struttura?	Psichiatra o neuropsichiatra presente
3. L'invio dei vostri utenti è anche sanitario?	Invio anche di tipo sanitario

Questo questionario è stato inviato via e-mail alle 110 strutture identificate e somministrato al referente della struttura. Nel caso di impossibilità di reperire l'indirizzo di posta elettronica o di assenza di risposta, si è provveduto a contattare telefonicamente le strutture e, in tal modo, le domande hanno assunto la forma di una breve intervista.

Al termine di questa prima fase, è stato possibile identificare quelle realtà comunitarie i cui criteri di funzionamento potessero rientrare nel campione da noi ricercato. Le comunità che mostravano di possedere i requisiti d'accesso alla

seconda fase (ospiti adolescenti; presenza di uno psichiatra o neuropsichiatra infantile in struttura; invio degli ospiti anche di tipo sanitario) sono state 51. Nella seconda fase (Fase 2), a tali strutture è stato sottoposto un questionario, composto da 17 domande (Tabella 2), con l'obiettivo di comprendere maggiormente nel dettaglio il funzionamento globale e le modalità di lavoro delle stesse. Le modalità di somministrazione sono state le medesime della Fase 1: contatto via e-mail e/o telefonico. Le comunità che hanno risposto al questionario sono state 26.



Tabella 2. Questionario/intervista somministrata nella Fase 2.

1. A quale fascia d'età appartengono gli utenti della vostra struttura?
2. Accogliete esclusivamente maschi o femmine, oppure è presente un'utenza mista?
3. È prevista disponibilità di intervento per minori sottoposti a misura penale?
4. È prevista disponibilità di intervento per minori che fanno uso di sostanze?

-
5. Da quali e quante figure professionali è composta la vostra équipe?

 6. Sono previste attività terapeutiche interne alla vostra struttura? Se sì, di che tipo?

 7. Sono previste attività laboratoriali interne alla vostra struttura? Se sì, di che tipo?

 8. È prevista in struttura la presenza di un neuropsichiatra infantile o psichiatra?

 9. La comunità si avvale di protocolli di valutazione in ingresso ed eventuale follow-up in uscita?

 10. Quali sono gli enti che fanno una richiesta di invio presso la vostra struttura? In che percentuale?

 11. Parallelamente alla richiesta di ingresso di un minore è prevista una diagnosi precedentemente effettuata?

 12. Esiste accreditamento regionale o altro (autorizzazione al funzionamento) per poter funzionare? Esiste una retta stabilita? Se sì, di quanto si tratta?

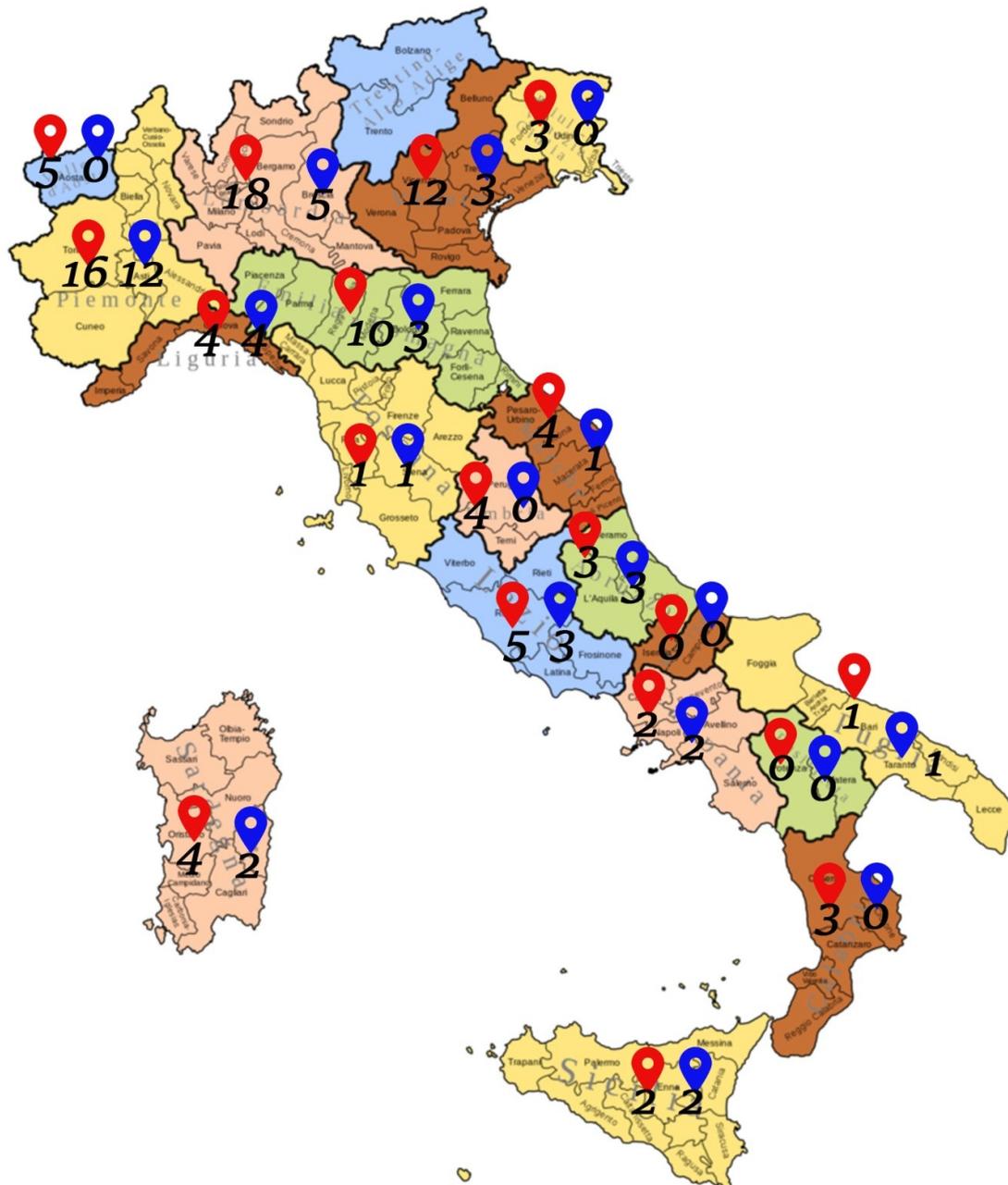
 13. Sono previsti contatti sistematici con i familiari?

 14. Sono previsti contatti periodici con i servizi inviati? Dove? Ogni quanto?

 15. Qual è il vostro modello teorico di riferimento?

 16. Sono previste attività di supervisione? Se sì, con quale frequenza?

 17. Sono previste attività formative? Se sì, di che tipo?



 **Strutture contattate**
 **Strutture con requisiti**

4.4 RISULTATI

Di seguito vengono riportati i risultati dell'analisi svolta sulle risposte date dalle strutture alle domanda del questionario somministrato nella Fase 2.

- 1- Rispetto alla fascia d'età dell'utenza ospitata le comunità contattate differiscono solamente rispetto al limite massimo di età, mantenendo una flessibilità rispetto all'età minima per accedere alla struttura. Se la totalità delle strutture contattate riporta flessibilità rispetto all'età minima, seppur collocabile tra i 13 e i 14 anni, dal questionario emerge come 18 comunità accolgono minori entro la maggiore età, 5 si rendono disponibili alla prosecuzione del progetto comunitario anche ai maggiori di anni 18 all'interno della cornice istituzionale dell'ex art. 25, 2 comunità ospitano anche i maggiorenni fino ai 25 anni di età. Una Comunità ha attivato un modulo che accoglie minori dai 9 ai 14 anni (Tabella 3).

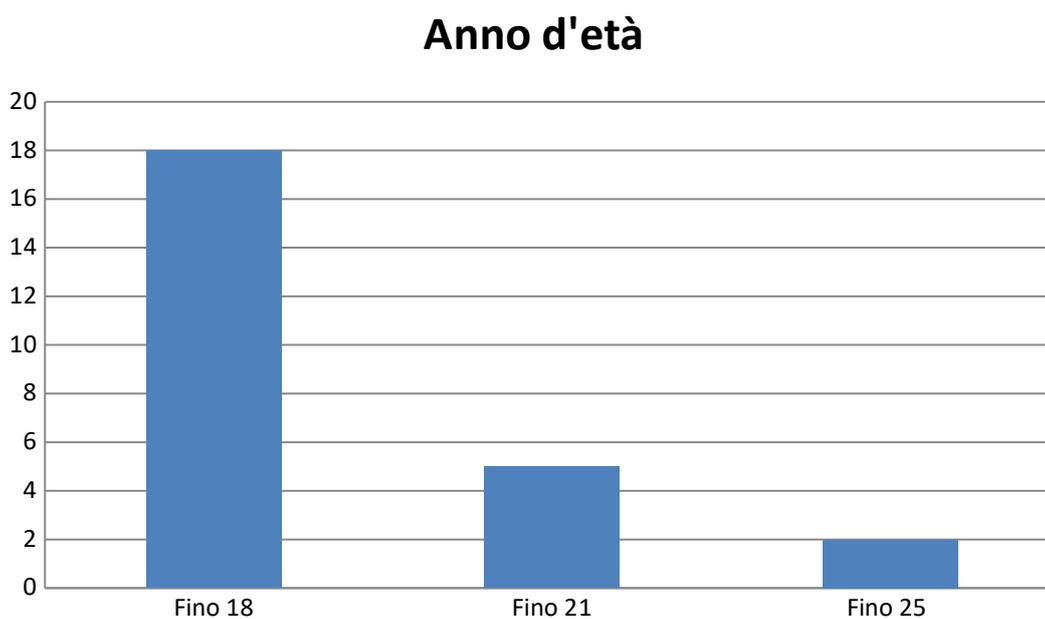


Tabella 3

- 2- Dalle risposte si evince che su 26 comunità, 24 ospitano sia maschi che femmine; solo 2 strutture ospitano solo adolescenti di sesso maschile (Tabella 4).
- 3- Le comunità che prevedono l'intervento per minori sottoposti a misura penale sono 21 su 26. (Tabella 4).

- 4- Le comunità che prevedono disponibilità per minori che fanno uso di sostanze sono 15 su 26, di cui 1 esclude la dipendenza da eroina, 3 previa valutazione, 2 prevedono utenza con problematiche di uso/abuso di sostanze, ma escludono situazioni di dipendenza (Tabella 4).

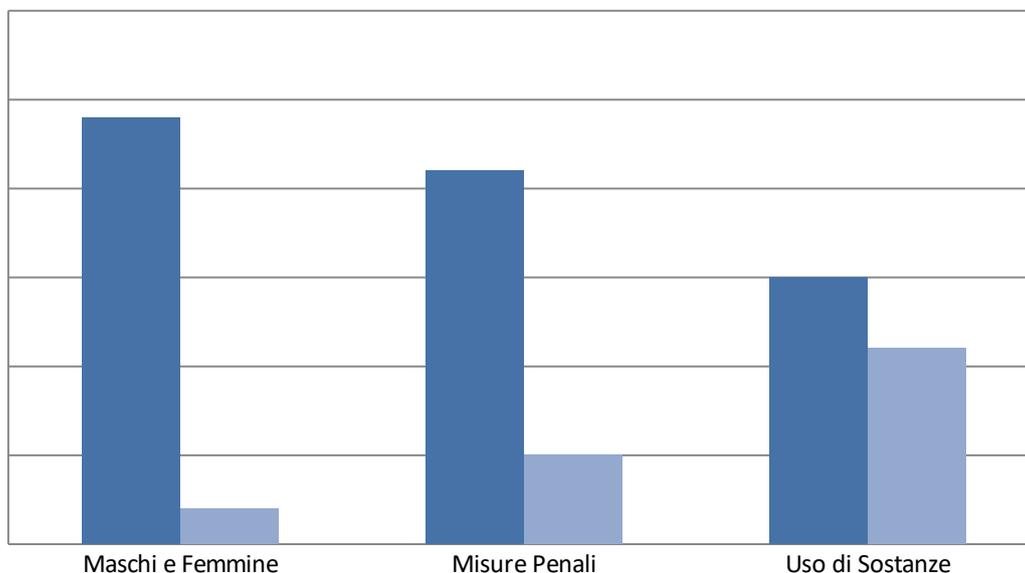


Tabella 4

Le comunità per minori, così come previsto dal sistema normativo italiano (DPR 448/88), prevedono anche la presa in carico di minori autori di reato, sia in termini di misura cautelare alternativa al carcere (art. 22), sia per la messa in atto di specifici interventi riabilitativi e di reinserimento sociale quali i provvedimenti di messa alla prova (art. 28). La presa in carico nel contesto comunitario risponde, in termini di intervento, secondo un'ottica meno improntata sugli aspetti punitivi e restrittivi ma focalizzata sulle prospettive e sulla valorizzazione delle risorse (Morhain & Chouvier, 2008; Pedulla, 2007) divenendo un luogo in cui "si scopre che la terapia deriva dall'esercizio di una libertà di parola e di azione ... dove sperimentare la pratica del riconoscimento, la costruzione dell'identità e la comunicazione delle differenze" (Ferruta, Foresti, Pedriali, Vigorelli, 1998).

Emerge dalla suddetta terna di risposte come la tipologia di utenza risultante tipica delle comunità ad impatto terapeutico per adolescenti delinea un quadro di estrema complessità, sia rispetto alla gestione interna che tra la comunità stessa e

l'esterno. Si evince come tematica particolarmente delicata nel campo di osservazione l'integrazione tra il mandato terapeutico e quello più implicito, di controllo sociale, il quale si traduce nel controllo e gestione della sessualità nelle comunità miste e del rapporto con l'esterno per gli adolescenti sottoposti a misura penale.

- 5- Le figure professionali presenti all'interno delle 26 comunità sono eterogenee e rimandano ad una interrelazione tra sociale e sanitario (Tabella 5):

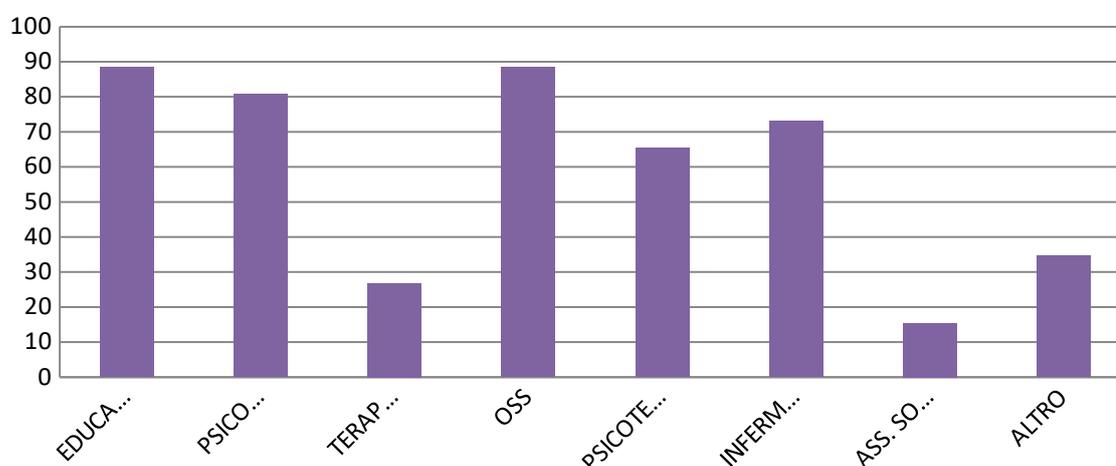


Tabella 5

Dove la contaminazione delle competenze e delle prospettive dovrebbe dare vita ad un pensiero comune complesso che possa indirizzare e comprendere il complesso modo delle relazioni umani sintetizzato nel lavoro di equipe.

“Qui la professionalità si distingue per il suo carattere collettivo, connesso ad un gruppo, a un ambiente e ad un complesso di conoscenze e competenze; gli interventi si caratterizzano più che per abilità individuali, per le capacità complessive dell'equipe e del suo contesto.” (C. Kaneclin, A.Osenigo, 1992)

6- Risulta che tutte le comunità propongono attività terapeutiche interne



Le attività terapeutiche sono fondamentali all'interno della comunità però il dato è approssimativo visto la complessità e eterogeneità delle attività (Tabella 6).

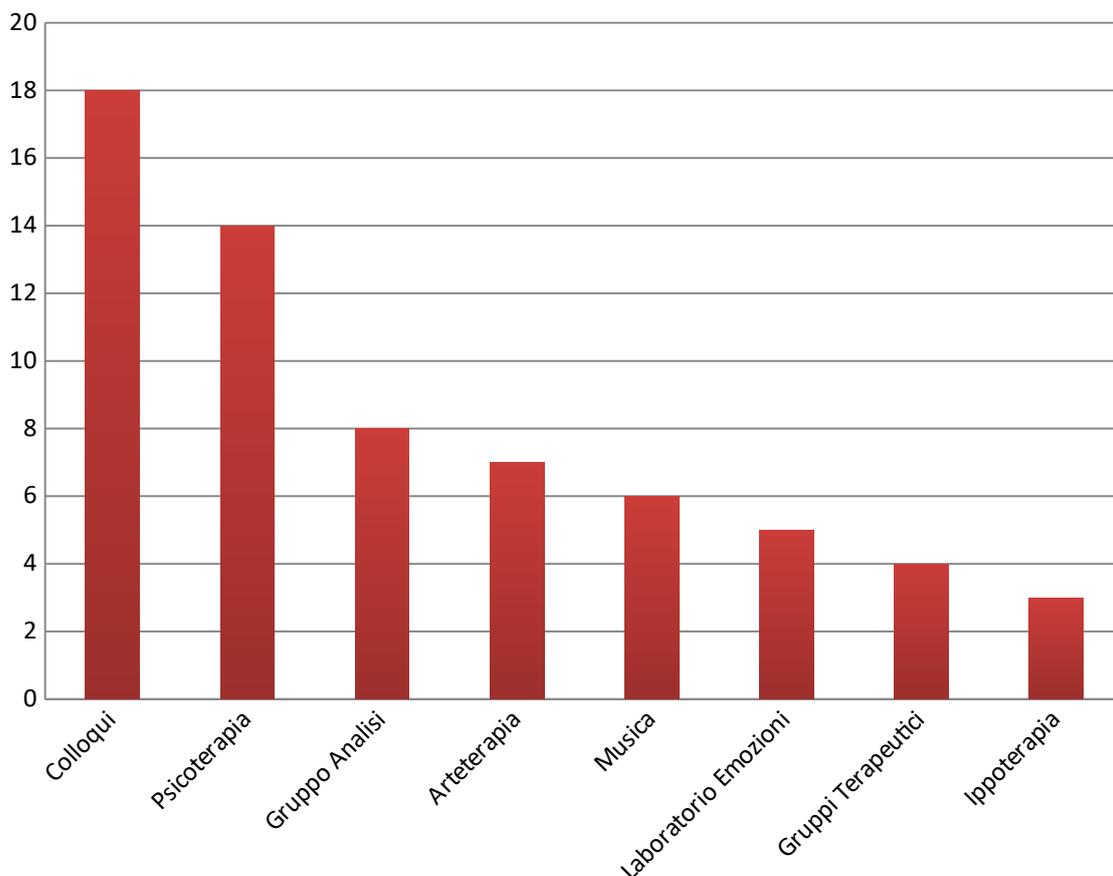


Tabella 6

7- Anche per quel che riguarda attività laboratoriali interne tutte le comunità contattate hanno risposto di svolgerne internamente. Nella maggior parte dei casi tali attività sono pensate e programmate in base agli interessi personali degli ospiti. I laboratori maggiormente proposti riguardano la sfera gastronomica (cucina/orto). Sicuramente la stessa vita quotidiana essendo svolta all'interno di una comunità terapeutica diviene essa stessa terapeutica perché accompagnata e pensata con l'equipe curante. L'equipe è curante e di conseguenza terapeutica in quanto: "Il fine è sempre quello di consentire un'esperienza conoscitiva": anche "fare qualcosa di sbagliato, come acquistare cibo che non va o saltare un incontro, è un'utile esperienza di apprendimento, se è seguita da un feedback, da una discussione, dalla comprensione delle ripercussioni emotive di ciò che si è sbagliato e dalla possibilità di riprovare" (D. Kennard, 1998). Il che vale, oltre che per i pazienti, per gli stessi operatori: "Ciò che vien preso a modello è un approccio non difensivo all'incertezza, una spinta a mettersi

in gioco" (D. Kennard, 1998), supportato dalla capacità di elaborazione di tutta l'equipe.



- 8- In quanto domanda già presente nella prima fase della scrematura, la totalità delle comunità che hanno partecipato alla seconda fase dell'indagine riportano di come il Neuropsichiatria Infantile sia membro dell'equipe della comunità stessa.
- 9- Solo una comunità su 26 riferisce di non avvalersi di protocolli di valutazione d'ingresso ed follow-up in uscita.
- 10- La maggioranza delle strutture da noi contattate riportano come i principali enti inviati siano ASL, Servizi Sociali, Servizi di Neuropsichiatria infantile (Tabella 7).

Enti

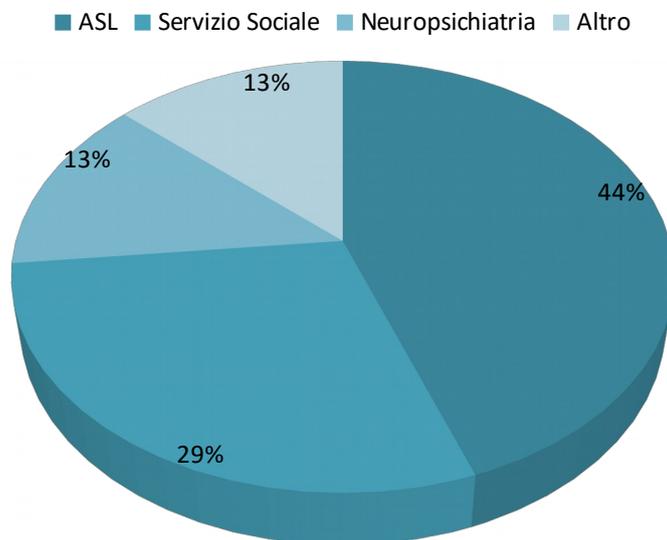


Tabella 7

- 11- Un numero preponderante di comunità, 22 su 26, prevedono la definizione di un quadro diagnostico precedentemente o parallelamente alla richiesta d'ingresso del minore.
- 12- La totalità delle comunità intervistate riferiscono di essere in possesso dell'autorizzazione al funzionamento. Le rette giornaliere risultano essere estremamente variabili: da 195 euro/die a 440 euro/die.
- 13- 14 Tutte le comunità propongono un lavoro di rete con i servizi di riferimento e mantengono contatti periodici con le famiglie degli ospiti. Risulta come sia fondamentale la presa in carico della famiglia dell'ospite nelle varie fasi del trattamento.

Tutelare un utente, salvaguardando la propria storia, impedendone la frammentazione dei legami e garantendo il riconoscimento e il mantenimento della relazione "buona" con i genitori e i familiari, permette di preservare il senso di appartenenza che è un tassello fondamentale nella definizione della propria identità. La distribuzione delle funzioni di cura fra i diversi soggetti istituzionali, nell'ottica dell'integrazione, crea una sinergia di spinte trasformative sulla famiglia e sostiene i processi di differenziazione per il recupero di distinti ruoli genitoriali e filiali (Ferruta A., Foresti G., Vigorelli M., 2012).

La necessità e l'importanza del lavoro di Rete con i Servizi Territoriali è esplicitata dalla legge 328/00. Tale area di collaborazione risulta ad oggi non priva di criticità. Le difficoltà nel lavoro di rete sembrerebbe in parte legata alla complessa interazione con il mondo politico così come la difficoltà del lavoro di rete con le altre agenzie, pubbliche o private, che hanno a che fare con i minori delle comunità. C'è innanzitutto da considerare che le agenzie che in diversi modi hanno a che fare con il minore sono numerose: enti giudiziari (Tribunale per i Minorenni, giudici tutelari, procuratori, magistrati, avvocati delle parti quando c'è in corso un processo, ecc.), enti amministrativi (Comuni, Province, Regioni), servizi sociali e sanitari, altre associazioni del settore e di volontariato e persone fisiche (famiglia naturale, tutore legale ove presente, ecc.). Tutti questi interlocutori, non senza specifici interessi, sono a conoscenza del progetto sul minore e cercano di modificarlo ed integrarlo, nell'interesse del miglior trattamento per il minore (Cfr. Anglin, 2004).

15- I modelli teorici a cui le comunità contattate fanno riferimento sono diversi ed eterogenei (Tabella 8):

Modelli Teorici

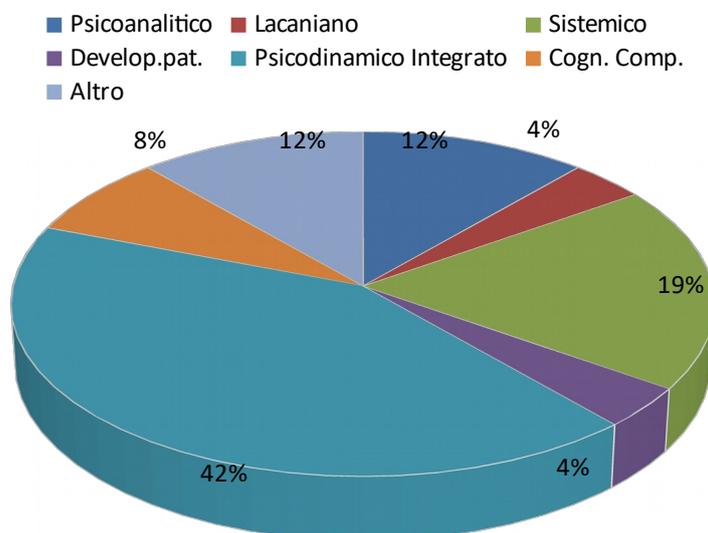


Tabella 8

Questo dato evidenzia come le comunità ad impatto terapeutico possano prendere forma in modelli teorici differenti all'interno di uno stesso contenitore. Per quanto il dato risulti preliminare ed approssimativo, il modello Psicodinamico integrato risulta preponderante.

15- Rispetto all'attività della Supervisione da parte di un professionista esterno le comunità contattate hanno risposto come segue:

Frequenza Settimanale	Frequenza Bisettimanale	Frequenza Mensile	Non viene svolta Supervisione	La struttura fa appello alla privacy
1	6	15	1	3

16- Per ciò che concerne la Formazione dell'equipe le comunità prese in esame riportano di utilizzare diverse metodologie ed attività:

Supervisioni	Formazione Interna	Formazione Obbligatoria	Partecipazione a Convegni	Altro
15	14	1	8	9

Entrambe le domande sottolineano l'importanza della cura dell'equipe come elemento fondante all'interno della comunità ad impatto terapeutico.

Le comunità ospitano minori con problematiche psichiche dove il motore del lavoro è la relazione educativa terapeutica. Le patologie e lo storie di vita con cui l'operatore/trice viene a contatto durante il suo turno di lavoro sono complesse e cariche di dimensioni emotive contrastanti e negative che sottopongono l'operatore/trici ad un forte stress emotivo.

Il lavoro stesso è relazione e di conseguenza ci deve essere, da parte dell'organizzazione stessa, uno sguardo attento che supporta l'operatore/trice a riconoscere che tale lavoro educativo-terapeutico comporta una continua messa in discussione dei confini tra ruolo professionale e dimensione personale. La stessa proposta educativo-terapeutica è direttamente proporzionale al riconoscimento di ciò che nella relazione con l'ospite dipende anche da noi, dall'altro e/o dal particolare incontro dialogico relazionale che si è costruito. Occuparsi del campo istituzionale di una comunità significa assumere una posizione di ricerca orientata a curare chi cura (Vigorelli, 2005) perché è solo

aumentando la consapevolezza e l'integrazione emotiva degli operatori che è possibile incidere, in modo efficace, sul piano della progettazione e di una gestione più consapevole degli interventi educativi.

La supervisione trova una corretta collocazione come strumento di verifica, come evidenziatore di particolari significati sommersi, come occasione per cogliere nuovi elementi di conoscenza, come contributo allo sviluppo di formazione, come luogo di decantazione degli umori e dei vissuti dell'equipe.

Fermo restando che la supervisione rappresenta uno degli strumenti più tipici con cui la Comunità può analizzare il proprio funzionamento e quindi sviluppare una sua cultura dell'indagine, crediamo che la scelta della frequenza, dei tempi e dei modi dipendano dalla maggior o minor capacità che l'equipe dimostra di avere nel riconoscere le proprie necessità.

Dalla letteratura emerge inoltre come la supervisione d'equipe sia un fattore protettivo che risulta contribuire alla riduzione dei tassi di turnover/burnout, frequenti nei contesti comunitari (Scaratti et al. 1999). Il lavoro di équipe nel suo complesso è una caratteristica imprescindibile delle professionalità che operano nelle comunità.



"La professionalità dell'educatore si caratterizza per il suo essere collettiva, ossia specificamente connessa ad uno staff, a un ambiente, a un insieme di conoscenze"

Orsentgo, 1992

4.5 CONCLUSIONE

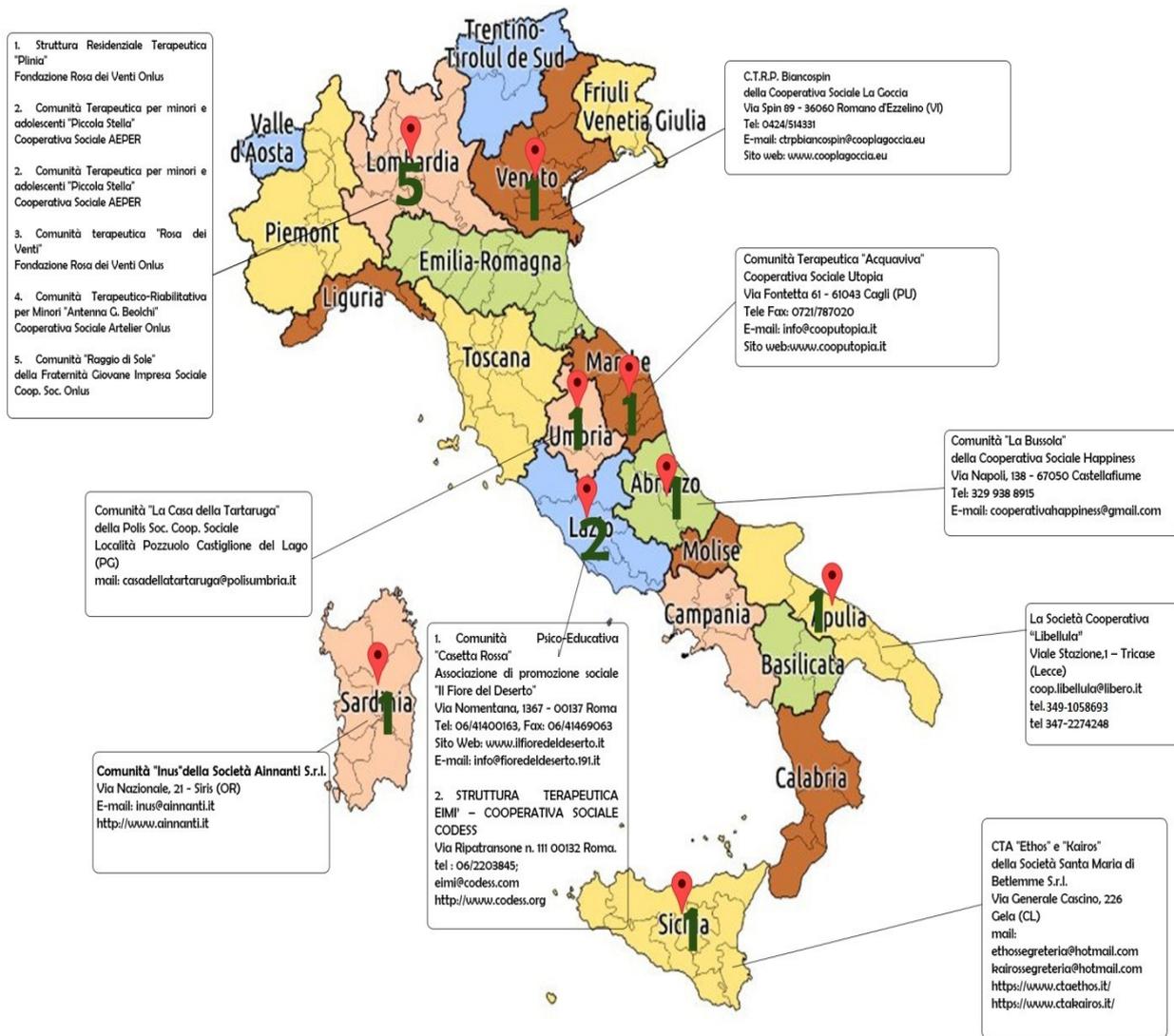
Questa Ricerca-Azione ha permesso di far emergere una preliminare ricostruzione del panorama delle strutture ad impatto terapeutico per minori di età sul territorio nazionale italiano. Ci si è imbattuti in una sostanziale eterogeneità di modelli di lavoro, da cui risulta evidente una riflessione in merito alla possibilità di integrazione, con l'obiettivo di rendere tali discrepanze un presupposto per una crescita condivisa. Allo stesso tempo sono emerse diverse criticità comuni che auspichiamo potranno essere in futuro affrontate attraverso un costruttivo e proficuo scambio e confronto tra le diverse realtà presenti sul territorio nazionale che troppo a lungo hanno affrontato le complesse difficoltà che il lavoro con gli adolescenti comporta. Nonostante l'interesse della Res Publica è alto nell'assistenza ai minori in condizioni di disagio psichico, non sembra altrettanto facile l'integrazione con il mondo politico. «A livello politico le comunità di tipo residenziale hanno sempre suscitato indifferenza. (...) Tutti i programmi di inserimento in comunità ben funzionanti sono falliti, in parte a causa della ridotta comprensione da parte del contesto politico. In un clima economico complesso, la mancanza di adeguati risultati dalla ricerca che sostengano l'efficacia e la fattibilità dei programmi, può minare moltissimo la resilienza di strutture altamente competenti ma estremamente costose» (McNamara, 2005: 71)

Questo lavoro vuole essere l'inizio di un processo di indagine che si andrà arricchendo nel corso del tempo attraverso i legami fra CT che si intraprenderanno e che speriamo, gettino le basi anche per continuare un lavoro di rete sul territorio nazionale.

Obiettivo è quello di dare vita ad un focus group permanente e continuo sul tema complesso e difficile delle comunità terapeutiche per minori dentro una cornice di riferimento e di qualità quale il sistema solido e forte: associazione Mito e Realtà.

Sicuramente questo primo passo, raccontato in questo opuscolo, rappresenta un primo momento di contatto tra comunità che ci ha dato la possibilità di iniziare a conoscerci e di far conoscere alla Comunità allargata quest'area di intervento nell'ambito della psicopatologia dell'adolescente.

Il nostro gruppo ...



5.1- Adolescenti e giovani adulti in comunità. Percorsi e reti sociali

Dalle comunità terapeutiche per adolescenti alla comunità sociale: un investimento possibile e di civiltà

Giuseppe Oreste Pozzi

5.2- 1963. L'intervista a Edoardo Balduzzi

Sergio Zavoli intervista Edoardo Balduzzi, neo primario all'Ospedale Psichiatrico di Varese: *“due cose servono per organizzare una cura psichiatrica non troppo onerosa per la comunità sociale: una data di dimissioni e un programma personalizzato che si può svolgere nel territorio”*. Per follow-up intendiamo la ricerca catamnestiche che dice qualche cosa dell'esito della cura, nel periodo dopo le dimissioni e non il monitoraggio durante il periodo in comunità terapeutica.

5.3- Qualche caso di dimissione riuscita

1. *Alba “schizofrenia a rischio suicidario”*, ha 16 anni quando viene accolta in comunità terapeutica. Rimane nella struttura residenziale fino a 21 anni. Riesce a prendere il diploma di scuola superiore con votazione 72/100, prende la patente, trova un lavoro come impiegata e, all'età di 27 anni riesce anche a comperarsi un appartamento tutto suo.
2. *Giovannino*, nel giugno del 2011, prima di accoglierlo in comunità, si era barricato in camera da mesi senza andare più a scuola e non voleva vedere nessuno. Affetto da *disturbo dell'attenzione con gravi crisi paranoiche* è l'unico che ci scapperà, di notte, per andare a curare la madre, appena dimessa dalla psichiatria. Lo aiutiamo a recuperare la scuola, sulla scorta del suo desiderio e delle competenze elettronico/informatiche che dimostra di avere. Dopo 16 mesi viene dimesso ma continuiamo a lavorare con lui in un progetto “domiciliare” per ben quattro anni. Da qualche anno lavora in una piccola azienda, trovata da lui stesso e vive con la sua compagna.
3. *Fatima, grave disturbo della personalità*. Si stava lasciando morire di fame quando veniamo a conoscere il caso e la accogliamo all'età di 16 anni. È straniera ma scopriamo una sua spiccata competenza poetica. La iscriviamo a

un concorso di poesia internazionale con altre ospiti e vince un premio e un riconoscimento internazionale che le viene consegnato al Castello di Duino. Durante la realizzazione del cortometraggio per il premio Gavioli, dove si doveva interpretare il tema “Conosci te stesso”, anima un intenso dibattito in comunità dove coinvolge ospiti e operatori sulla differenza tra comunità terapeutica e comunità educativa. Chiederà di passare a quella educativa. La ritroviamo, nel 2015, a lavorare come hostess in EXPO a Milano e nel 2016 mi arriva la foto di lei raggiante sposina con un suo connazionale, essendosi trasferiti in America. Pochi mesi fa, la foto di lei soddisfatta e incinta.

4. *Ermanno*, 16 anni e “grave disturbo borderline di personalità”. Riusciamo a fargli finire le scuole professionali senza mandarlo a scuola, dove tende a distruggere e aggredire. Nella palestra didattica che allestiamo in comunità scopriamo la sua grande competenza nel manovrare il sistema elettrico e nel rigenerare oggetti scartati e buttati in discarica. Troviamo due fratelli, presso la cui azienda di elettromeccanica il ragazzo fa lo stage previsto per terminare gli studi. Dopo lo stage i fratelli ci propongono di assumerlo. Incontriamo un ostacolo nel Servizio Inserimenti Lavorativi Protetti (SIL) che pretenderebbe facesse prima i test attitudinali. Riusciamo a dimostrare che non serve dover passare per le pratiche del SIL perché verrebbe assunto senza bisogno, quindi, di pratiche costose e, di fatto, inutili, per il Comune. Il ragazzo allora viene dimesso e rientra a casa ma con già il suo lavoro.
5. *Chiara* “psicosi paranoica grave” rimane in comunità per due anni. Dopo un anno dalle dimissioni, ha 18 ed è il secondo incontro che abbiamo con lei dopo le dimissioni. Dopo il nostro colloquio è aspettata ad un’audizione canora. Ha trovato un lavoro come operatrice scolastica, “faccio la bidella, insomma”, nella scuola dove lavora la madre. Non prende più farmaci ed anzi approfitta per dire alla Neuropsichiatra Infantile, presente al colloquio “dovete ridurre i farmaci. Io non ne prendo più e sto benissimo”. Se non andrà bene l’audizione canora ne ha già pronta un’altra con un’altra organizzazione. Vive ancora in famiglia ma ha il suo cerchio di amicizie con cui è connessa anche tramite Facebook.

Tanti sono i casi simili anche se non per tutti le dimissioni coincidono con un inserimento sociale. L’idea di una ricerca sistematica sul campo si chiarisce nel 2015, dopo 9 anni di lavoro, grazie ad una tesi sperimentale discussa all’Università di Pavia. Scopriamo subito che non esiste letteratura

1 Fabio Turconi, *Il Mito di Elpis: una ricerca catamnesticca al servizio della speranza*, tesi sperimentale discussa all’Università di Pavia nel 2016.

sull'argomento. Lo sconcerto è tanto e, per questo, abbiamo deciso dopo la tesi dello studente di mettere a sistema una ricerca permanente per tutti i nostri Centri Clinici residenziali e diurni.

5.4- Il Mito di Elpis e la metodologia adottata nella tesi di laurea

La tesi di laurea indicata in nota si ispira al Mito di Elpis a dimostrazione che la speranza non solo è ultima dea ma è concretamente possibile proprio là dove si suppone una fabbrica di cronicità permanente. Si tratta di una tesi sperimentale che si è avvalsa del metodo delle interviste con l'idea di verificare se fosse opportuno avviare, in seguito una ricerca su base statistica. Furono fatte 10 colloqui-intervista su un campione di 40 ospiti, accolti e dimessi nell'arco dei 9 anni. Una prima scoperta interessante è che non tutti i ragazzi, dimessi e ben inseriti nella vita sociale, vogliono ritornare a parlare della loro esperienza in comunità terapeutica. Con tutti gli intervistati si sono potuti verificare i seguenti punti/argomenti: *storia personale; i sintomi e il perché del ricovero; dimissioni: quando e perché; situazione oggi; prospettive; test onirico del paesaggio.*

5.5- Le istituzioni e la ricerca catamnestic

Sono tre le istituzioni di Mito&Realtà che svolgono, attualmente, una ricerca di follow-up dopo le dimissioni anche se le ricerche sono articolate in modo differente e perseguono obiettivi non ancora sovrapponibili:

- Interpellando i soggetti dimessi e le loro famiglie a distanza di tempo (Coop. La Goccia e Fondazione Rosa dei Venti);
- Invitando, al momento delle dimissioni, l'ospite e la famiglia ad un colloquio ogni 6 mesi per due anni (Artelier) e ritenere, poi, l'ex ospite, un cittadino come tutti gli altri, se ha mostrato di sapersi inserire nella società.

5.5.1 Cooperativa La Goccia

La ricerca di questa Cooperativa si focalizza sulla verifica dei ricoveri, andando a vedere, sia prima sia dopo l'accoglienza in Comunità terapeutica, il numero di ricoveri che il paziente ha. I dati dimostrano in modo evidente che l'esperienza in Comunità terapeutica riduce di molto il ricorso ai ricoveri in ospedale. Di tutta la ricerca mostriamo solo le due schede specifiche relative ai ricoveri prima e dopo il periodo in comunità terapeutica.

Numero Ricoveri % - precedenti e seguenti la permanenza in CTRP Col Roigo

Assenza Ricoveri	% Prima	% Dopo	Incremento % Assenza Ricoveri
0	9,52 %	47,61 %	+38,09%

Tabella 1b - Su 21 soggetti - Mostra il numero percentuale degli intervistati che non hanno avuto ricovero, nel periodo precedente e seguente la permanenza in CTRP Col Roigo e la loro differenza

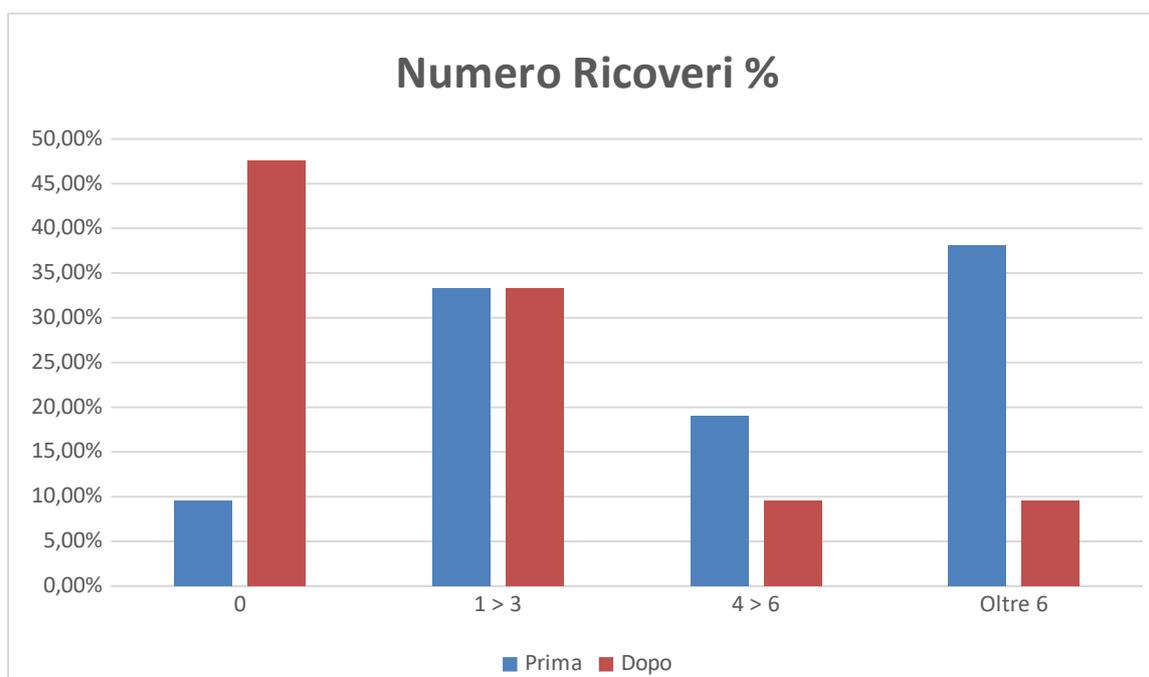


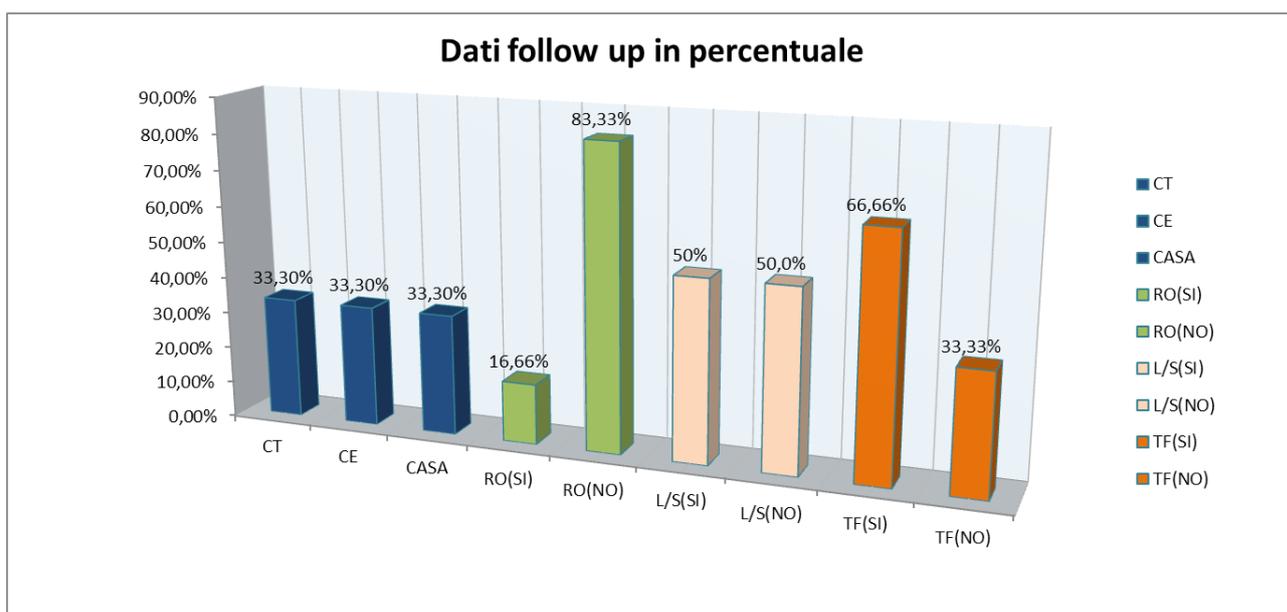
Grafico 1a/b - Su 21 soggetti - Mostra il numero percentuale degli intervistati che hanno, o meno, avuto ricoveri, nel periodo precedente e seguente la permanenza in CTRP Col Roigo

5.5.2 *Fondazione Rosa Dei Venti*

Nella comunità Villa Plinia, della Fondazione Rosa dei Venti che ospita adolescenti e giovani adulti con intensità di cure e per un breve periodo di 6 mesi

un anno, la verifica mostra risultati incoraggianti e di tutti i dati della ricerca si possono cogliere bene come si articolano nella tabella che si espone di seguito.

Diagramma follow-up Villa Plinia di Fondazione Rosa dei Venti su 40 pazienti dimessi



Tab 1 – Fondazione Rosa dei Venti – Plinia su 40 ospiti: 1/3 in C Ter., 1/3 in C. Educ., 1/3 a casa

– Ric Osp. – Lavoro/Studio – Terap Farmacologica

Descrizione legenda – voci grafico - Come si può osservare il grafico dispone di diversi colori, uno per ogni area indagata: in **BLU** le barre che contengono i dati dell'area "DOV'È?" (in cui con CT si intende Comunità terapeutica, con CE

Comunità educativa ed infine vi è la barra che indica quanti pazienti si trovano attualmente in casa), in **VERDE** le barre che contengono i dati dell'area **“RICOVERI OSPEDALIERI”** (la prima barra indica in percentuale quanti pazienti hanno avuto dei ricoveri, mentre la seconda indica quanti non hanno necessitato di tale intervento), in **ROSA** le barre che indagano l'area **“LAVORO/SCUOLA”** (nella prima barra vengono indicati quanti svolgono tali attività, mentre nella seconda quanti non svolgono attività) infine le barre di colore **ARANCIONE** indicano l'area **“TERAPIA FARMACOLOGICA”** (anche in questo caso nella prima barra è indicata la percentuale di pazienti che assume la terapia e nella seconda la percentuale di pazienti che non assumono più farmaci).

5.5.3 *Artelier*

La ricerca effettuata tramite la tesi sperimentale del dott. Fabio Turconi si è concentrata sulle dimissioni avvenute nell'arco dei 9 anni presso la comunità Antenna G. Beolchi. Di tutti i dati raccolti e delle interviste effettuate si riportano due tabelle l'una per indicare i numeri e le percentuali, nell'altra la traduzione in diagramma dei dati stessi.

Prima di iniziare il lavoro di ricerca, con la tesi sperimentale indicata, sapevamo di trovare ragazzi che, dopo le dimissioni, erano riusciti a trovare il loro nuovo posto nella società, dal momento che il progetto di dimissioni aveva potuto riscontrare una buona tenuta e un nuovo legame simbolico ricostruito con la famiglia. Non avevamo tuttavia idea né delle dimensioni né della durata di tale tenuta né della consistenza del nuovo legame simbolico ricostruito. La tesi, di fatto, è stata ed è il primo documento sul tema e, quindi, non abbiamo la possibilità di avere un confronto con dati di una letteratura che non esiste. Rimane comunque grande la nostra sorpresa nel constatare la dinamica degli esiti ed i numeri che abbiamo potuto incontrare. Ancora più grande, quindi, l'incoraggiamento a continuare il lavoro che abbiamo iniziato rendendolo sistematico e organizzandolo su tutti Centri Clinici operanti sul territorio.



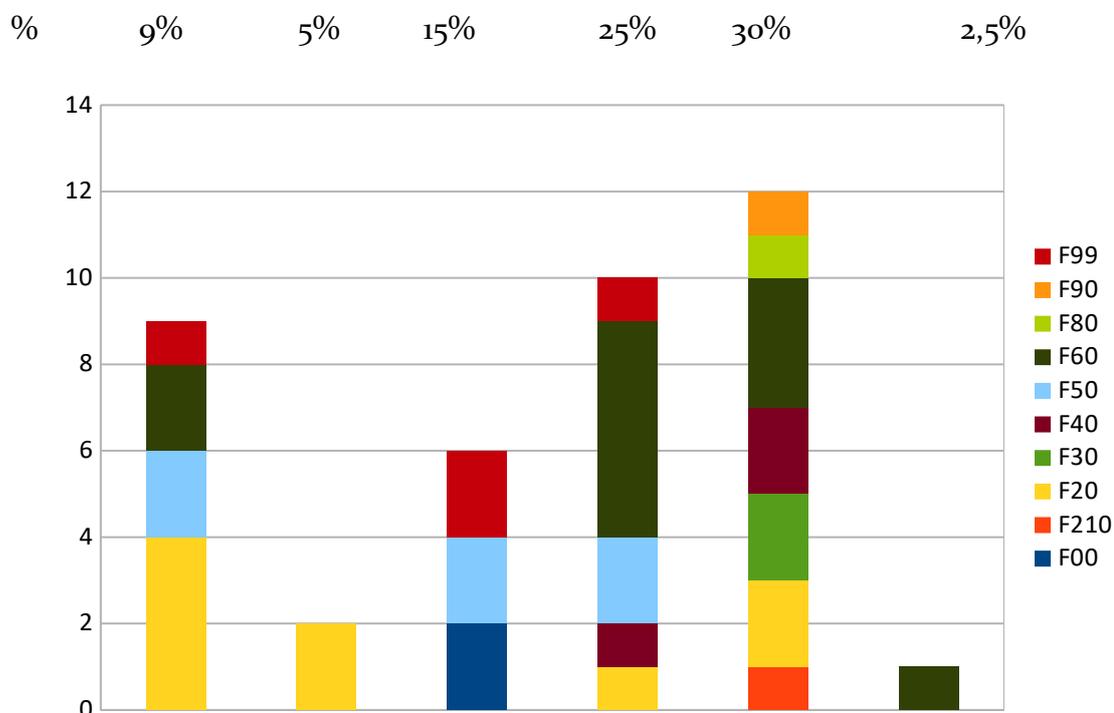
Artelier - Quadro sinottico: diagnosi di ingresso ed esiti c/o Antenna G. Beolchi

E S I T O dopo le DIMISSIONI							
ICD-10	in altra istituz	SPDC	Casa e CD	Casa	Studio e/o lavoro	scappato da ospedale	totale
F00			2				2
F10					1		1
F20	4	2		1	2		9
F30					2		2
F40				1	2		3
F50	2		2	2			6
F60	2			5	3	1	11
F70					1		1
F80							

F90					1		1
F99	1		2	1			4
Totale	9	2	6	10	12	1	40
%	22,50%	5%	15%	25%	30%	2,50%	100%

Diagramma del Quadro Sinottico:

Esiti e diagnosi di ingresso su 40 pazienti dimessi



Si può notare, con molta evidenza, come il tipo di diagnosi non incide di per sé sull'esito come la letteratura già evidenzia. Le riflessioni opportune sulla prognosi e sulla reale gravità dei pazienti ospitati nelle comunità terapeutiche non sono così facilmente evidenziabili soprattutto se abbiamo come punto di riferimento il solo aspetto fenomenologico, quindi.

In base alle tabelle il 30% degli ex ospiti di comunità terapeutica è riuscito a trovarsi un proprio posto nella società, ben 12 su 40 ragazzi. Il 15%, cioè 6 ragazzi su 40, invece, è rientrato a casa e frequenta un centro diurno che ospita fino a 25 anni con l'obiettivo di aiutare i ragazzi trovare un inserimento lavorativo protetto possibile. Sono dati molto incoraggianti e che giustificano ampiamente come investire nella speranza con tali comunità sia utile e possibile. Ci si può chiedere cosa sta alla base di tali risultati? Inoltre è già utile e importante testimoniare tali dati nella società civile e produttiva? Occorre non dimenticare il lavoro con le famiglie per poter ottenere tali dati con i loro ragazzi.

Certamente le spese sanitarie, stando a questi primi dati, sembrano non solo ben investite ma mostrano che l'appropriatezza clinica dei piani terapeutico-riabilitativi può incominciare ad essere rivista alla luce di ben altri dati che non siano solo di tipo formale o addirittura legate all'unico dato verificabile della presenza dei ragazzi 24 ore su 24 in struttura.

Trattandosi di strutture per minori e adolescenti che non sono da confondere con le carceri, va da sé che il lavoro con le famiglie è da includere. È da includere, in altre parole il programma di lavoro che dimostra che è possibile riannodare e ricostruire un legame simbolico nuovo tra ragazzo e genitori. Un legame simbolico nuovo è possibile se si possono articolare gli incontri in famiglia tra ragazzi e genitori, naturalmente. Sarà la presentazione completa dello studio che potrà mostrare i dettagli opportuni e utili.

5.6- Perché è necessario investire nella speranza e come farlo

Le ragioni sono innumerevoli ci limitiamo a esporne alcune molto pratiche e concrete:

1. Per dimostrare che è possibile:
 - a. Evitare lo stigma;
 - b. Dimettere effettivamente i giovani pazienti facendoli uscire dai circuiti della psichiatria;

- c. Evitare gli errori diagnostici lavorando anche per superare la necessità psicofarmacologica;
2. È possibile programmare le dimissioni se si coinvolge da subito la famiglia includendola nel processo di riabilitazione opportuno e necessario;
3. Programmare le dimissioni includendo la famiglia nel processo favorisce il contenimento della paranoia tra servizi del territorio e famiglia.

La diagnosi del sistema ICD, effettuata dagli invianti, è un indicatore fenomenologico e non viene di per sé utilizzato per decidere della conduzione della cura. Serve tuttavia anche per non proiettare troppo il nostro pensiero/stigma di operatori sull'ospite tenendo conto, tuttavia, di un primo parametro terzo che non sia autoreferenziale. Per la conduzione della cura, ogni realtà clinica dispone, solitamente, di propri riferimenti teorici come la diagnosi di struttura, di freudiana memoria, per esempio. Diagnosi che tuttavia conviene utilizzare come ipotesi di lavoro per orientare la conduzione della cura più che per definire il giovane paziente. Nella condizione della cura, dobbiamo necessariamente includere il sapere unico dei genitori sui loro figli, per aiutarli a diventarne partner e favorendo, quindi, uno spostamento che li scoli un po' dalla loro posizione di genitori totali.

Per rimanere sul tema delle dimissioni, invece, i punti base della catamnesi, da effettuarsi tramite colloquio o interviste semi-strutturate si dovrà articolare attorno a: storia personale dopo le dimissioni e vita attuale (eventuali ricoveri, terapie farmacologiche etc.); le condizioni di vita in famiglia; le prospettive. Se, invece, l'ex paziente si trova in altra comunità residenziale, il protocollo della catamnesi assume obiettivi differenti perché diventa di fatto un follow-up usato per monitorare la situazione clinica e non per verificare la capacità di progettare la propria vita nella società.

5.7 - Scheda Catamnestică - Metodologia

Ad ogni dimissione dal centro clinico residenziale o semiresidenziale viene concordata una lettera di dimissioni che viene consegnata all'ospite, alla famiglia ed agli invianti, così da poter monitorare la situazione ogni sei mesi dalla dimissione fino ad almeno due anni.

La lettera è completata da una scheda che riporta gli elementi del monitoraggio:

- Situazione abitativa attuale e stato civile (dove e con chi vive – eventuale collocazione in specifica istituzione);
- Condizione di studio e/o di lavoro - tipo di relazioni in atto – rapporto con i vicini;
- Eventuali ricoveri e psicofarmaci che il soggetto assume.

6. SINTESI

Come abbiamo visto si sono evidenziate notevoli differenze di modalità di intervento e prassi nelle diverse regioni italiane e una mappa frammentata: differenti denominazioni delle comunità e dei servizi, differenti standard di operatori, di rette diurne, di capienza di ogni modulo, di modelli teorici di riferimento, e complessivamente insufficienza di tali strutture.

Dai dati che vi abbiamo presentato e da ulteriori incontri e discussioni nel gruppo sono emersi i 14 fattori o caratteristiche minime fondamentali, cioè le *linee di indirizzo* che secondo noi caratterizzano ed individuano l'identità della comunità terapeutica per minori per le CT nazionali.

7. LINEE DI INDIRIZZO / PRASSI DI ACCREDITAMENTO TRA PARI

ASSOCIAZIONE MITO & REALTA'

Comunità' Terapeutiche e/o ad impatto terapeutico per minori di età/adolescenti.

1. Équipe mista, con dirigenti/responsabili neuropsichiatri/psichiatri e/o psicologi. Operatori in turno: educatori (la maggioranza di quelli in turno, indipendentemente se la loro laurea è sanitaria o meno), psicologi, Te.R.P., infermieri ed O.S.S. (questi ultimi in misura minima) in rapporto 1 ogni 3,5 pazienti.
2. Riunione di équipe settimanale con tutti_gli operatori presenti, sia clinici che non; assemblea settimanale plenaria (spazio parola, Community meeting) ed altri gruppi di riflessione piccoli o grandi, con ospiti e operatori in turno ed almeno un clinico e/o dirigente;
3. Passaggio consegne (mezz'ora al cambio turno) con coordinatore ed operatori presenti (sia chi stacca che chi arriva);
4. Diario di bordo, clinico e organizzativo
5. Cartella clinica
6. Valutazione iniziale (CANS o altri strumenti validati) e progetto individuale PTI (aggiornato al massimo ogni 6 mesi)
7. Gli inserimenti vengono decisi dalla Direzione Clinica o Sanitaria della CT, previa visita conoscitiva in struttura
8. Incontri di rete periodici in CT con SS
9. Incontri supporto ai famigliari, individuali e/o multifamiliari;
10. Necessità di CT con differenti livelli di intensità e di permanenza: da 3 mesi minimo a max 2 anni (alta intensità 3-6 mesi, media 8-14 e bassa 12-24)
11. Max 10 minori di età per ogni modulo. Consigliabile un centro diurno annesso, tollerati ma sconsigliabili due moduli nello stesso edificio; necessità di una distanza fisica tra gli stabili ospitanti, per evitare il rischio di diventare o esser confusi con un Istituto o una Clinica;
12. Formazione e sistema di supporto: supervisione mensile (con tutti gli operatori presenti), formazione specifica sia per metodologia (LFA, Visiting ecc) che per tematiche specifiche, teoriche(teoria dell'attaccamento ecc) o esperienziali.
13. incontri di rete periodici in CT con i SS e o le famiglie
14. Follow up

15. Tale tipologia di CT è in grado di accogliere: le psicopatologie dell'adolescenza, i disturbi di personalità, della condotta, del comportamento e del comportamento alimentare, le psicosi, i disturbi dell'umore; si accolgono fino al compimento dei 18 anni, con possibilità di proseguire ed arrivare al max a 19 anni, se indicato clinicamente.

Non vengono accolte le psicopatologie prevalentemente o esclusivamente neurologiche/disabilità, i disturbi di personalità prevalentemente antisociali e disturbi da abuso di sostanze e dipendenza

Questi 15 punti rappresentano i PRINCIPI di indirizzo e buone prassi/Accreditamento tra pari, che corrispondono alle prassi operative e che rappresentano i fondamentali minimi essenziali e cioè la base unica, territorio comune a livello nazionale; ciò permetterebbe alle diverse Regioni di trovare ulteriori specifiche linee che rispondano, nell'ottica di miglioramento, ai bisogni particolari del territorio nel rispetto delle differenze culturali interregionali.

CRITICITA' OSSERVATE

- Scarsità di neuropsichiatri/psichiatri: la proposta è di considerare di contenere al minimo essenziale le figure di medici specialisti, pur mantenendo una presenza di clinici rilevante (psicologi anche in funzione educativa), risponderebbe a tale dato di realtà ed inoltre contribuirebbe ad una riduzione dei costi (e delle rette).
- Scarsità di educatori e infermieri.
- Omologare il più possibile le differenze sia di operatori richiesti che di rette, tra le regioni.
- Passaggio a CPS/CSM servizi per adulti (e le questioni che aprono il raggiungimento della maggiore età- proseguo amministrativo)
- La fine dei percorsi è spesso posticipata rispetto al bisogno clinico: il dilatamento dei tempi di permanenza in CT dell'adolescente è ritenuto iatrogeno; purtroppo i Servizi hanno a disposizione non sufficienti alternative per il proseguo dei percorsi post CT: il passaggio eventuale a comunità educative o terapeutiche non trova risposta nei tempi necessari.
- Si evidenzia la necessità di strutture di pronta accoglienza che si possano occupare specificatamente di casi con disturbi gravi del comportamento,

con aspetti di antisocialità e grave discontrollo degli impulsi.

- Si suggerisce di prendere in considerazione di uniformare il nome caratterizzante tale tipologia di Struttura: Comunità Terapeutica (CT) in modo da omologare le varie e frammentate diciture nelle differenti regioni ad oggi
(ad ex: CRT, STR, ecc...)
- Si suggerisce che i controlli relativi all'Accreditamento delle CT siano effettuati anche in presenza, tra i valutatori, di almeno una persona esperta di tale tipologia di struttura

8. BIBLIOGRAFIA

Bencivenga & Uselli, (a cura di) *Adolescenti e comunità terapeutiche tra trasformazioni e nuove forme del malessere*. Roma, Alpes, 2016

Mingarelli, L., *Adolescenze difficili*, Ananke, Torino 2009. Mingarelli, L. & Tonazzo, D., (a cura di), *I ruoli in comunità terapeutica per adolescenti*, Ananke, Torino 2018.

G. Pozzi, XXXX

Morhain, Y., Chouvier, B. *De la destructivité contenue a la refondation subjective chez l'adolescent criminel*. Bulletin de psychologie tome 61(1) n°493, février 2008

Ferruta A., Foresti G., Pedriali E., Vigorelli M., (1998). *La comunità terapeutica. Tra mito e realtà*, Raffaello Cortina, Milano.

Kaneklin, C., & Orsenigo, A. (1992). *Il lavoro di Comunità*. Roma: Nuova Italia Scientifica

Kennard, D. *An Introduction to Therapeutic Communities* – 1 lug 1998

Anglin, J. P., & Knorth, E. J. (Eds.). (2004). *International perspectives on rethinking residential care [Special Issue]*. New York: Kluwer Academic/Human Sciences Press.

Scaratti G., Fusè O., Bertani A. *La supervisione dell'educatore professionale*. Franco Angeli, 1999

Kaneklin C., Orsenigo A. *Il lavoro di comunità' - Una modalità di intervento con adolescenti in difficoltà'*. Carocci Editore 1992.

McNamara P.M. (2005), *Adolescenti problematici in trattamento psichiatrico residenziale*. In Canali C., Maluccio A.N., Vecchiato T. (2005, a cura di), *La valutazione di outcome nei servizi per l'età evolutiva e la famiglia*, Fondazione Zancan, Padova.

Pozzi G. O. *Il soggetto dell'inconscio e la cura. Autismo e psicosi nell'incontro quotidiano con il Reale*, Milano, Franco Angeli, 2015

Mingarelli L. *Adolescenti difficili, autobiografia di una comunità terapeutica per adolescenti*, editore Ananke Torino, 2009

Vigorelli M. *Il lavoro della cura nelle Istituzioni. Progetti, gruppi e contesti nell'intervento psicologico*, Milano, Franco Angeli.2005

Ferruta A. Foresti G. Vigorelli M.(2012) *Le comunità terapeutiche. Psicotici, borderline , adolescenti e minori*. Milano Raffaello Cortina.

Gruppo di lavoro F&S "Fragili&spavaldi"

-C.T. "Plinia" fondazione rosa dei venti Onlus(CO)

-Comunità "Casetta Rossa" A.P.S. Il Fiore Del Deserto(RM)

-C.T.R.P. "Biancospin", Cooperativa Sociale La Goccia(VI)

-C.T."Casa Orizzonti Blu" & C.T."Casa Lupo Rosso";Acquaviva Cooperativa sociale Utopia(PU)

-C.T.R. "Antenna G. Beolchi", Cooperativa sociale Artelier Onlus(MI)

-C.T. "Eimì", Cooperativa sociale Codess(RM)

-La società Cooperativa Libellula(AO)

-C.T."Ethos" e "Kairos" della Società Santa Maria di Betlemme S.r.l.(CL)

-C.T."Rosa dei Venti" Fondazione Rosa dei Venti Onlus(CO)

-Comunità "Inus" della Società Ainnanti S.r.l.(OR)